

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO CULTURAL DE ENFERMAGEM “COM” O IDOSO RENAL  
CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

CURITIBA

2006

ANA PAULA MODESTO

**O CUIDADO CULTURAL DO IDOSO RENAL CRÔNICO EM  
TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2006



À minha querida mãe **Maria Julia**,  
Por seu amor constante

Ao meu marido **Nelson**,  
Por seu apoio em todos os momentos  
e sua incomensurável paciência

Aos meus sogros **Nelson e Neli**  
Por sua ternura e seu estímulo

## AGRADECIMENTOS

Desejo manifestar meus agradecimentos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do curso de mestrado e elaboração deste estudo. Agradeço especialmente:

Aos cinco **idosos** que vivenciaram comigo essa experiência do cuidado cultural. A todos o meu reconhecimento e a minha estima.

À Dr.<sup>a</sup> **Maria Helena Lenardt**, por ter aceitado o árduo desafio de me orientar nesta caminhada e compartilhar o cotidiano das minhas dificuldades na elaboração deste estudo.

À Dr.<sup>a</sup> **Maria de Fátima Mantovani**, pelo seu exemplo como pessoa.

À **Daisy Doris Pasqual**, pela sua presença, pela sua amizade, e por ter me guiado durante a minha vida profissional.

Aos **colegas do mestrado**, pelo companheirismo e solidariedade nos momentos de alegria e angústia.

Às minhas amigas **Fernanda Scopel**, **Ângela Borghi** e **Mariluci Willig**, sempre presentes, e sempre incansáveis ao ouvir as minhas queixas e transformá-las em incentivo e encorajamento.

A todos os meus amigos, de longe e de perto, pelas palavras de incentivo.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ix</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
2.1 Objetivos específicos.....	5
<b>3 A REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
3.1 CULTURA .....	6
3.2 ASPECTOS CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO.....	14
3.3 A DOENÇA RENAL CRÔNICA NO IDOSO.....	19
<b>4 O MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>25</b>
4.1 A TEORIA CULTURAL DO CUIDADO.....	25
4.2 CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO.....	29
4.2.1 Ser humano.....	29
4.2.2 Doença.....	31
4.2.3 Saúde.....	31
4.2.4 Cenário.....	32
4.2.5 Enfermagem.....	34
4.2.6 Cultura.....	35
<b>5 A METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
5.1 O TIPO DE ESTUDO.....	37
5.2 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
5.3 O CENÁRIO DO ESTUDO.....	39
5.4 O PROCESSO DE CUIDADO CULTURAL.....	40
5.4.1 A Aproximação do Idoso Participante.....	42
5.4.2 Demonstração de Competências técnico científica e socioafetiva.....	43
5.4.3 Conhecimento Mútuo Enfermeira, Idoso e Familiares. ....	44
5.4.4 Conhecimento do Ambiente Familiar .....	44
5.5 OS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	45
5.6 OS REGISTROS DAS INFORMAÇÕES.....	49
5.7 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	50
5.7.1 As ações de cuidado cultural .....	53
5.8 CONTEXTO ÉTICO.....	54
<b>6 OS RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
6.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E ABORDAGEM INICIAL AO IDOSO PARTICIPANTE.....	56
6.2 AS INFORMAÇÕES DOS IDOSOS PARTICIPANTES.....	61
6.2.1 Idoso A. A., 77 anos .....	61

6.2.2 Idoso H. A., 62 anos.....	65
6.2.3 Idoso G.A.A., 61 anos .....	68
6.2.4 Idoso P.L., 65 anos.....	71
6.2.5 Idoso T. L. H., 66 anos .....	74
6.3 ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES DOS IDOSOS PARTICIPANTES .....	78
6.3.1 Fatores Tecnológicos.....	78
6.3.2 Fatores Religiosos e Filosóficos.....	81
6.3.3 Fatores Sociais e de Parentesco.....	84
6.3.4 Valores Culturais, Crenças e Modo de Vida.....	89
a) Subtema 1 - Exercícios físicos.....	90
b) Subtema 2 - Alimentação.....	93
c) Subtema 3 - Ingesta hídrica.....	97
6.3.5 Fatores Políticos.....	100
6.3.6 Fatores Econômicos.....	102
6.3.7 Fatores Educacionais.....	104
<b>7 O MARCO CONCEITUAL NO CUIDADO CULTURAL DO IDOSO RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....</b>	<b>107</b>
7.1 SER IDOSO .....	107
7.2 DOENÇA .....	110
7.3 SAÚDE.....	113
7.4 CENÁRIO .....	117
7.5 ENFERMAGEM.....	119
7.6 CULTURA.....	122
<b>8 REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>140</b>
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.....	141
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS CONCEITOS E FATORES DE VISÃO DE MUNDO.....	142
APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS HÁBITOS E MODO DE VIDA.....	143
<b>ANEXOS.....</b>	<b>144</b>
ANEXO 1- CARTA DE APROVAÇÃO.....	145
ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	146
ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	147
ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIAR.....	148

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Representação dos momentos do Cuidado Cultural de Lenardt.....	41
Leininger`s Sunrise Enabler to Discover Culture Care.....	47



## RESUMO

Modesto, Ana Paula. O cuidado cultural ao idoso renal crônico em tratamento hemodialítico. Curitiba, 2006. 148 p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que teve como objetivo vivenciar a trajetória do cuidado cultural “com” o paciente idoso renal crônico em tratamento hemodialítico. O estudo foi baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Leininger (1991) e na metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (1999, 2004). O marco conceitual fundamentou-se em minhas crenças e em alguns pressupostos de Leininger e em seus conceitos de cultura, cuidado, ser humano, saúde, enfermagem e ambiente. Os participantes deste estudo foram cinco idosos renais crônicos em tratamento hemodialítico em uma unidade de hemodiálise na cidade de Curitiba, PR. O estudo foi desenvolvido, no período de agosto a novembro de 2005, em dois cenários: na clínica de hemodiálise e no domicílio dos idosos envolvidos na pesquisa. Para nortear o estudo, percorri os quatro Momentos do Cuidado Cultural proposto por Lenardt (1996): a aproximação do idoso participante; demonstração de competências: técnico-científica e socioafetiva; conhecimento mútuo de enfermeira, idoso e familiares, e conhecimento do ambiente familiar. Para a coleta de informações foram elaborados três instrumentos de apoio, baseados na Teoria Cultural do Cuidado e no modelo do Sol Nascente. Como técnica de obtenção das informações, utilizei a entrevista semi-estruturada a que procedi enquanto realizava as ações de cuidado na unidade de hemodiálise e durante as visitas domiciliares. Para a ordenação e análise dos discursos, utilizei a proposição metodológica de Lefèvre e Lefèvre (2003), denominada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O primeiro momento do estudo, marcado pela avaliação do prontuário, resultou em fatores que levam à identificação do idoso e das informações referentes ao tratamento hemodialítico. O segundo momento, realizado em visita domiciliar, resultou numa análise subjetiva dos hábitos e na observação do modo de vida do idoso. O terceiro momento, realizado na clínica de hemodiálise, resultou na análise dos fatores de visão de mundo do idoso sob os aspectos tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, econômicos, políticos, legais e educacionais. As ações de enfermagem foram elaboradas a partir das três modalidades preconizadas por Leininger (1991) para guiar as intervenções de enfermagem: preservação, negociação e repadronização das crenças ou práticas de cuidado. A partir desse estudo, e com base nos discursos dos idosos participantes, foram analisados os conceitos de ser humano, saúde, doença, enfermagem e cultura. As informações coletadas por meio de PCA apontaram a visita domiciliar ao idoso em tratamento hemodialítico como o cenário mais profícuo para obter as informações e traduzi-las em cuidado cultural.

Palavras-Chave: Idoso, Diálise Renal, Enfermagem Transcultural, Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

MODESTO, Ana Paula. The cultural care to the aged renal chronic in hemodialysis treatment. Curitiba, 2006. 148 p. Dissertation (Master's Degree in nursing) - Federal University of Paraná.

This study is of qualitative nature, that had as objective to live deeply the trajectory of the cultural care with the aged patient renal chronic in hemodialysis treatment. The study was based on the Leininger's theory of Cultural Care Diversity and Universality (1991) and the methodology of the Convergent Research of Assisting (PCA) proposed by Trentini and Paim (1999, 2004). The conceptual landmark was based on my beliefs and some estimated of Leininger and her concepts of culture, care, human being, health, nursing and environment. The participants of this study had been five aged chronic renal in a unit of hemodialysis treatment in the city of Curitiba – PR. The study was developed in the period from August to November of 2005, in two scenes: in the clinic of hemodialysis and the domicile of the aged ones involved in the research. To guide the study, I covered the four Moments of the Cultural Care considered by Lenardt (1996): the approach of the aged participant; demonstration of abilities: technical-scientific and social-affective; mutual knowledge of the nurse, aged and familiar and knowledge of the familiar environment. To gather the information three instruments of support had been elaborated, based in the Cultural Theory of the Care and in the Sunrise model. As technique of attainment of the information I used the half-structured interview that was carried through while I carried through the actions of care in the unit of hemodialysis and during the domiciliary visits. For the sorting and analysis of the speeches I used the metodological proposal of Lefèvre and Lefèvre (2003), called Speech of the Collective Subject. The first moment of the study, marked by the evaluation of the patient handbook resulted in factors that take the identification of the aged one and of the referring information to the hemodialysis treatment. The second moment, carried through in domiciliary visit, resulted in a subjective analysis of the habits and in the observation of the way of life of the aged one. The third moment, carried through in the clinic of hemodialysis, resulted in the analysis of the factors of vision of world of the aged one under technological, religious and philosophical, social and of kinship, economic, politic, legal and educational. The actions of nursing had been elaborated from the three modalities praised for Leininger (1991) to guide the interventions of nursing: preservation, negotiation and restandardization of the beliefs or actions of care. The information collected by means of PCA had pointed the domiciliary visit to the aged one in hemodialysis treatment as the more proper scene to get the information and to translate them in cultural care.

**Keywords:** Aged, Renal Dialysis, Transcultural Nursing, Patient Care.

## 1 INTRODUÇÃO

Minhas atividades profissionais como enfermeira tiveram início há seis anos, realizando o cuidado de pacientes renais crônicos. Minha aproximação com esses pacientes, no setor de hemodiálise, ocorreu inicialmente pelo fascínio com a tecnologia existente naquele local. Máquinas complexas, precisos sistemas de controle, ambiente “quase” hermeticamente fechado, equipe de enfermagem treinada, rotinas e protocolos. Confesso que, durante anos, trabalhei em unidade de hemodiálise sempre tendo como foco de trabalho a tecnologia que tanto me encantava.

Minha fascinação por tecnologia perdurou por alguns anos. Até hoje as inovações tecnológicas ainda me surpreendem; entretanto percebo que a grande mudança no meu modo de ver o trabalho da enfermagem na nefrologia, vem de outra fonte inesgotável de conhecimentos: o paciente portador de insuficiência renal crônica.

Durante a realização do Curso de Especialização em Enfermagem em Nefrologia, iniciei pesquisa sobre a manutenção dos catéteres de curta permanência em pacientes submetidos à hemodiálise crônica. Fazia parte do protocolo da pesquisa realizar visita domiciliar ao paciente com o objetivo de verificar como o paciente cuidava do seu catéter. Nessas visitas percebi que os meus métodos de abordagem não eram adequados ao paciente e tampouco ao contexto domiciliar dele, uma vez que, naquele momento, na minha prática, comunicava ao paciente um discurso pronto: como cuidar do catéter, como tomar banho, como se vestir, como dormir. E devido à minha inexperiência e inobservância de elementos essenciais de cuidado, “ordenava” ao paciente que realizasse as ações de cuidado que julgava imprescindíveis para a continuidade do seu tratamento.

Os pacientes raramente seguiam as minhas orientações, e os catéteres continuavam apresentando complicações, como sujidades, umidade, abertura das laterais do curativo. Naquele momento era grande desafio conseguir entender a razão daquele tipo de atitude do paciente.

O Curso de Mestrado em Enfermagem trouxe-me a oportunidade de refletir a respeito dessa realidade vivida. As reflexões teóricas, filosóficas e especificamente as antropológicas favoreceram o entendimento e deram suporte para a compreensão das distintas respostas aos questionamentos emergidos desta realidade vivida com o paciente renal crônico. A vivência e as reflexões me trouxeram nova visão para o termo *cuidado*: a conotação de responsabilidade, de zelo, de um processo interativo, de atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, na experiência, na intuição e, sobretudo, no respeito ao sistema de conhecimento do paciente.

Hoje, acredito ser imprescindível a real interação com o paciente de que me disponho a cuidar. Acredito que a interação enfermeira/paciente é processo que permite conhecer o paciente na sua singularidade, suas crenças, seus hábitos e seu próprio modo de se cuidar. Este novo olhar mudou o enfoque do cuidado do sujeito, e me trouxe a oportunidade de nova aproximação com o paciente renal crônico, com olhar mais sensível, menos técnico e mais humano.

As leituras, as trocas de experiências e as reflexões realizadas durante o mestrado me aproximaram do conhecimento de que o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. Conforme BOFF (1999, p. 34) “urge desenvolver a dimensão *anima* que está em nós. Isso significa: conceder-nos o direito de sentir o outro, de ter compaixão com todos os seres que sofrem, humanos e não humanos, de obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas”.

E assim, ainda empiricamente, passei a experienciar nova forma de contato com os pacientes de que cuidava na unidade de hemodiálise: passei a realizar o cuidado mais individualizado, mais focado nas necessidades próprias do paciente. Transformei as minhas ações, anteriormente voltadas para execução de técnicas, em uma forma de minimizar o clima austero e proporcionar ambiente acolhedor na sala de hemodiálise. Nessas “incursões sensíveis” à sala de hemodiálise, pude perceber um tipo de paciente que até então não me havia chamado muito a atenção: o paciente idoso.

Meu olhar atento para o paciente idoso despertou durante as atividades rotineiras na sala de hemodiálise: enfermeira recém-formada orientava uma senhora idosa sobre o ganho de peso que esta havia tido no intervalo interdialítico. Nesse cuidado, ela enfatizava veementemente sobre os riscos que a paciente corria, mantendo aquele tipo de atitude. Essa prática é rotineira na sala de hemodiálise, uma vez que o ganho de peso interdialítico<sup>1</sup> acima de 1,5kg/dia pode causar comorbidades cardíacas, assim como, em situação mais grave, pode ocorrer edema agudo de pulmão. E assim a jovem enfermeira continuava orientando, usando expressões como: “*eu já a havia avisado antes!*”, “*...a senhora tem esse tipo de atitude e depois passa mal durante o tratamento!*”. De longe, observava como aquela paciente idosa se portava perante tal orientação: encolhida na cadeira, com a cabeça baixa, as mãos unidas; e por um momento pude notar os seus olhos cheios de lágrimas, como de criança que recebe sem questionar as críticas do pai austero. Essa situação mexeu comigo, e passei a refletir no modo como essas informações, tão importantes, eram oferecidas àquele ser humano envelhecido, frágil, doente e acuado.

TRENTINI *et al.* (2005, p. 39) afirma que “as pessoas em condições crônicas de saúde necessitam de apoio que vai além das intervenções tradicionais, mesmo porque a maioria das pessoas tem sessenta, ou mais anos de idade e, geralmente, encontram dificuldades em enfrentar os sintomas da cronicidade, somados às demais perdas inerentes à velhice”. Tal afirmação corrobora a opinião de SILVA (1997a), quando afirma que, ao vivenciar a doença renal crônica, os idosos passam a enfrentar mudanças decorrentes de sua nova condição de vida, que trazem consigo novas incumbências, perdas e ameaças. E estas mudanças, quando ocorrem, provocam, na maioria das vezes, uma ruptura com o estilo de vida anterior.

SANTOS (2001, p. 100) afirma que “o cuidado de enfermagem ao idoso caracteriza-se fundamentalmente pela individualização. Centrado em cada idoso, interagindo com a equipe responsável, com a família e comunidade”. Apesar de esse ser um conceito básico na enfermagem, acredito que, para esse grupo de pessoas, o conceito “individualização” não só é fundamental, mas passa a ser essencial, uma vez

---

<sup>1</sup> Em geral “tem sido recomendado um ganho de peso interdialítico entre 200 a 500 gramas por dia” (MARTINS & RIELLA, 2001, p.123)

que o ser humano idoso vem de outra época, em que sua identidade surgiu basicamente de seu “pertencimento” a uma cultura própria, que podia ser étnica, racial, social, local, religiosa ou de outra natureza.

Muitos dos idosos, quando expostos às necessidades da vida diária moderna, apresentam-se como pessoas descentradas, deslocadas ou fragmentadas. Na situação de adoecimento, diante da necessidade de aceitar o cuidado de outrem, passam por dois significativos sofrimentos: o causado pela doença, e o causado pela forma como recebe o cuidado.

Acredito que é possível introduzir métodos adequados no processo de cuidar dos pacientes idosos que realizam tratamento hemodialítico, como meio de proporcionar um trato menos impositivo e que possa amenizar o sofrimento deles. Após várias leituras e reflexões, me deparei com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, criada pela enfermeira Madeleine Leininger.

A “Teoria Cultural do Cuidado” tem sido criteriosamente construída e refinada nas três últimas décadas, com o objetivo de descobrir o fenômeno do cuidado transcultural de enfermagem, fundamentado ou originado por diversas culturas. É uma teoria que oferece meios para estudar os seres humanos e o cuidado cultural, podendo ser utilizada em qualquer cultura ou subcultura do mundo, para desvelar as diferenças e similaridades do cuidado cultural de maneira sistemática e rigorosa (LEININGER, 1991).

LEININGER (1984) acredita que a enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidado transcultural; particularmente, centra o fornecimento do cuidado humano para as pessoas de forma significativa, congruente e respeitosa em relação aos valores culturais e estilos de vida. Um caminho para essa concretização é o cuidado cultural, definido por LEININGER (1991, p. 5) como os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, apóiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências.

Diante do exposto, aponto a necessidade de realizar um ensaio voltado para o paciente idoso.

## **2 OBJETIVOS**

Introduzir inovações nos modos de cuidar da enfermagem aos pacientes idosos clientes de uma unidade de hemodiálise.

### **2.1 Objetivos específicos**

Buscar a visão de mundo e as características de estrutura social e cultural dos participantes, incluindo aspectos tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, econômicos, políticos e educacionais.

Implementar um processo de cuidado cultural com os participantes alicerçado na sua visão de mundo.

### 3 A REVISÃO DE LITERATURA

Neste item apresento a revisão de literatura necessária a este estudo pertinente à cultura, aspectos culturais do envelhecimento e a doença renal crônica no idoso.

#### 3.1 CULTURA

O conceito de cultura é complexo. Resulta do interesse de cientistas sociais nos modelos em que os diferentes modos de vida social são construídos a partir das idéias que as pessoas têm sobre si e das práticas que emergem destas idéias (ROSE, 2001). É a produção e a troca de significados entre membros de determinados grupos sociais. Estes significados podem manifestar-se como verdade, como fantasia, ciência ou senso comum. Podem estar embutidos nas conversas do dia-a-dia, nas teorias mais elaboradas dos intelectuais, na arte erudita, na TV ou nos filmes.

De acordo com MARCONI & PRESSOTO (1998, p. 42), os antropólogos buscam conceituar cultura desde o final do século passado, chegando a formularem mais de 160 definições, sem, no entanto, chegar a um consenso sobre o significado exato do termo. O autor refere que para alguns autores “cultura é o comportamento aprendido; para outros, não é comportamento, mas abstração do comportamento; e para um terceiro grupo, a cultura consiste em idéias. Há os que consideram como cultura apenas os objetos imateriais, enquanto outros, ao contrário, aquilo que se refere ao material. Também se encontram estudiosos que entendem por cultura tanto as coisas materiais quanto as não-materiais.”

A filósofa Marilena Chauí em sua obra *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*, faz primeiramente uma abordagem do termo através de sua etimologia. Dessa forma revela que o termo cultura vem do verbo latino *colere* que originalmente era utilizado para o cultivo ou cuidado com a planta. Por analogia o termo foi empregado para outros tipos de cuidados, como o cuidado com a criança ou puericultura, o cuidado com os deuses, ou culto etc. Cultura era então o cuidado com tudo o que dissesse respeito aos interesses do homem, quer fosse material ou simbólico. Para a manutenção desse cuidado era preciso a preservação da memória e a



transmissão de como se deveria se processar esse cuidado; daí o vínculo com a educação e o cultivo do espírito. O homem culto teria então uma interioridade “cultivada para a verdade e a beleza, inseparáveis da natureza e do sagrado” (CHAUÍ, 1986, p.11).

O responsável pela elaboração do primeiro conceito de cultura foi Tylor, no livro “Cultura Primitiva”, em 1871, que afirma: “cultura é um complexo formado por conhecimentos, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquirido pelo homem como membro de uma sociedade” (HELMAN, 1994, p. 22).

O filósofo da linha interpretativista GEERTZ (1989, p. 15) defende o conceito essencialmente semiótico de cultura e acredita que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e assume a cultura como sendo essas teias e sua análise. O autor (1989, p. 56) não compreende a cultura como costumes, usos, tradições, hábitos, mas como um conjunto de mecanismos de controle – planos, receitas, regras, instruções para governar o comportamento - e ainda enfatiza que o homem depende de tais mecanismos de controle, de tais programas culturais para ordenar seu comportamento. GEERTZ (2001, p. 20 - 21) ainda considera o senso comum como sistema cultural, corpo de crenças e juízos, com conexões vagas porém mais fortes que uma simples relação de pensamentos inevitavelmente iguais para todos os membros de um grupo que vive em comunidade.

Para LEININGER (1985), a cultura são os valores, crenças, normas e o modo de vida praticado, aprendido, compartilhado e transmitido, gerando pensamentos, decisões e ações padronizadas em determinados grupos sociais. Hoje já não se aceita a cultura como padrão, e sim como conjunto de mecanismos de controle não fixos, que podem desenvolver-se na espaciotemporalidade.

A observação de ULLMAN (1991) é que “a cultura pode ser definida como superação daquilo que é dado pela natureza. Logo, é aquilo que o homem transforma. É um modo interpretado, elaborado simbolicamente que, portanto, tem sentido. Por isso a caça, a agricultura, o casamento, a arte, significam algo mais do que simples

funções naturais. São fenômenos interpretados, regulamentados constantemente e travestidos de simbolismo.”

A cultura entendida por HELMAN (1994, p. 23) “é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular”. Tais princípios mostram a forma de o indivíduo ver o mundo, de vivenciá-lo, de comportar-se dentro dele; refere ainda que “a cultura pode ser considerada como uma lente herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele”. ULLMAN (1991, p. 22), corrobora esse pensamento afirmando:

...se por um lado o homem cria cultura, esta por sua vez é criadora do homem, é condicionadora da vida do homem em sua sociedade. Ao nascer, o ser humano assemelha-se, em seu comportamento, ao dos irracionais: não conhece freios para seus ímpetos, ignora de todo o comportamento social, isto é, de sua sociedade. Na medida em que incorpora as normas de sua sociedade, a criança endocultura-se. Incorpora e absorve a maneira de pensar, agir e sentir própria da cultura em que nasceu. O ajustamento é fruto da internalização dos princípios que regem determinada sociedade (ULLMAN, 1991, p. 22).

A cultura também pode ser definida como o acervo de coisas aprendidas e transmitidas de uma geração para outra e que serve como referencial para a vida e para orientar os pensamentos, as ações e os sentimentos da sociedade. A cultura pode ser chamada também de socialização, e este é o processo pelo qual os indivíduos aprendem significados culturais, crenças, valores, padrões de comportamento e métodos de resolução de problemas que serão utilizados no decorrer da vida (BLACK & MATASSARIN-JACOBS, 1996, p. 68).

Segundo LANGDON (1994), a cultura é pública, compartilhada, expressa nas interações sociais em que os atores comunicam e negociam significados. MONTICELLI (1997) explicita este conceito, afirmando que a cultura é pública, porque um indivíduo sozinho não inventa cultura, pois é através das interações que se vão desempenhando e reinventando os papéis sociais.

A cultura não é rígida nem estática, não é algo natural, não é decorrência de leis físicas ou biológicas; pelo contrário, a cultura é produto coletivo da vida humana (SANTOS, 1994). Corrobora LENARDT (1996, p. 51) esse conceito, quando afirma que a cultura é dimensão do processo social da vida de uma sociedade, “são padrões

aprendidos de valores, crenças e práticas de vida, que são compartilhadas no cotidiano e que foram transmitidas por um grupo ou sociedade. É o que caracteriza a existência social de um indivíduo: é uma experiência vivida”.

GEERTZ (1989), embasado nos conceitos de Max Weber, relata que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo tece e continua tecendo. Isto significa que nós nos movemos e vivemos dentro dessas teias recheadas de conceitos, de códigos e símbolos, que vestimos de forma tão espontânea, que nem nos damos conta delas.

A cultura, portanto, pode ser analisada e compreendida, conforme MARCONI & PRESOTTO (1998, p. 45). ao mesmo tempo, sob diversos enfoques.

...idéias (conhecimento e filosofia); crenças (religião e superstição); valores (ideologia e moral); normas (costumes e leis); atitudes (preconceito e respeito ao próximo); padrões de conduta (monogamia, tabu); abstração de comportamento (símbolos e compromissos); instituições (família e sistemas econômicos); técnicas (artes e habilidades); e artefatos (machado de pedra, telefone)

Para exemplificar e demonstrar esta rede complexa de definições e compreensões da cultura, cito o exemplo da *cruz*, que pode ser observada sob as mais diferentes concepções culturais, de acordo com MARCONI & PRESSOTO (1998, p. 45).

- Idéia: quando se formula a sua imagem na mente.
- Abstração do comportamento: quando ela representa, na mente, um símbolo dos cristãos.
- Comportamento aprendido: quando os católicos fazem o sinal da cruz.
- Coisa extra-somática: quando é vista por si mesma, independente da ação, tanto material quanto imaterial.
- Mecanismo de controle: quando a igreja a utiliza para afastar o demônio ou para obter a reverência dos fiéis.

De acordo com ARANHA (1989), a condição humana resulta da assimilação dos modelos sociais pregressos e a existência do homem acaba por se fazer mediada pela cultura do grupo em que ele está inserto e dos grupos com que se relaciona, pois a cultura está composta de elementos que emergem do processo de interação social e das experiências da vida social. O que permite afirmar, segundo LENARDT (1996, p. 11),

a cultura é adquirida pelo homem a partir do mundo que o rodeia e, também, que é o produto do indivíduo e da sociedade.

Diante da realidade exposta mediante o estudo dos conceitos de cultura através dos tempos, é mister que acoplemos esses conhecimentos à realidade do trabalho na área da saúde. O pensamento é reiterado por LANGDON (1994), que reitera tal pensamento, afirmando que as discussões sobre a relação saúde-doença já não podem trabalhar com um conceito estático de cultura, com normas e valores preestabelecidos e fixados de forma homogênea. Os profissionais de saúde devem, portanto, fazer com que sua prática curativa vá do encontro da cultura de cada um dos seus pacientes.

Para LARAIA (2003, p. 67), a cultura determina o comportamento do homem e justifica suas realizações: “nossa herança cultural, desenvolvida através de inúmeras gerações, sempre nos condicionou a reagir depreciativamente em relação ao comportamento daqueles que agem fora dos padrões aceitos para a maioria da comunidade”.

O homem é um ser que aprende; ele constrói sua vida a partir de várias possibilidades, estando sempre apto a transformações e construções. No entanto os fatores históricos, que transcendem as pessoas, permeiam toda a sua existência, visto que, de acordo com GELBERT (1993), cada indivíduo possui conceitos e representações que o marcam desde o início de sua existência e determinam suas ações ao longo da vida. Logo, podemos afirmar que o homem possui tradição cultural.

A cultura possui sistemas conceituais implícitos, em que a experiência vivida pode ser percebida pelos sujeitos, selecionada, ordenada e co-participada. Cada pessoa, portanto, possui uma história de vida e, através dela, constrói e transmite os conhecimentos que acumulou.

Destarte, se faz imprescindível que recordemos que os profissionais da área da saúde também estão imersos em seus próprios conhecimentos, crenças e culturas, e, ainda, que se defrontam diariamente com pacientes marcados pelas mais diversas tradições culturais.

GUALDA (2002, p. 48) ao explicar as expressões de cuidado defendidas por Leininger, afirma:

o cuidado é culturalmente constituído. Cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, saúde e doença, em decorrência disto, para a autora o cuidado não é atividade ou ato isolado, mas um fenômeno intelectual, abstrato e de conotação mais ampla. A partir desse pressuposto, cultura e cuidado foram sintetizados em uma estrutura de constructo fortemente embricada para explicar, interpretar e produzir fenômenos relevantes para a enfermagem.

Cada realidade cultural tem sua lógica interna, que devemos procurar conhecer para que tenham sentido suas práticas, costumes, concepções e as transformações pelas quais estas passam (SANTOS, 1994, p.9).

De acordo com BLACK & MATASSARIN-JACOBS (1996, p. 68), há uma tendência natural para depreciar ou desprezar as atitudes, as crenças e os comportamentos divergentes da própria cultura, os quais muitas vezes são ditos “não civilizados”. O autor refere ainda: “contudo, com algum esforço de abertura e compreensão, a enfermeira pode aprender a apreciar as diferenças de cada cliente. Ela pode também aprender como responder ao cliente e trabalhar com as suas crenças e práticas para maximizar o cuidado”. Destarte, a enfermeira deve ter sempre a consciência das orientações culturais do cliente, com o cuidado de não estereotipá-lo, pois tratar todos os cliente igualmente, ignorando o aspecto cultural, é arriscado.

A cultura é uma preocupação contemporânea bem viva nos tempos atuais. Trata-se de uma tentativa de compreensão dos muitos caminhos que conduziram os grupos humanos às suas relações presentes e suas perspectivas de futuro. Não podemos deixar de ressaltar que é sempre fundamental entender os sentidos que uma realidade cultural tem para aqueles que a vivenciam (SANTOS, 1994, p. 8).

Considero os conceitos, crenças, valores, normas e símbolos como fundamentais à compreensão da definição de cultura, o que exponho a seguir sucintamente.

Denominam-se **crenças** as proposições aceitas por um grupo como verdadeiras, sejam elas comprovadas ou não cientificamente. Consiste numa atitude mental do indivíduo, possuindo conotação emocional .

As crenças podem ser classificadas em três tipos, conforme MARCONI & PRESSOTO (1998, p. 49): pessoais, declaradas e públicas.

- Crenças pessoais – trata-se das proposições aceitas como certas por um indivíduo independentemente da aceitação e da crença dos demais, como acreditar em lobisomem.

- Crenças declaradas – são aquelas proposições com que o indivíduo lança em seu comportamento público, mencionando-as quando deseja defender ou justificar suas ações perante os outros, como relatar que é favorável à democracia ou contra preconceitos.
- Públicas – são as proposições que os membros de um grupo concordam, aceitam e declaram como crença comum, como a reencarnação para os espíritas e a hierarquia militar.

O termo **valor** é utilizado para indicar objetos e situações desejáveis, apropriadas, importantes, bem como para indicar poder, prestígio, riqueza, crenças, instituições, objetos não materiais e expressar sentimentos. Os valores culturais dão significado e direção à vida e são as bases das crenças, atitudes e comportamentos (BURKE, 1995).

Para MARCONI & PRESSOTO (1998, p. 50), as **normas** nada mais são do que regras que determinam os modos de agir dos indivíduos em determinadas situações. Logo, são um conjunto de convenções referentes ao pensar, sentir e agir nas mais diferentes situações.

Para o mesmo autor *op cit* os **símbolos** são realidades físicas ou sensoriais imbuídas de algum valor ou significado especial, como pessoas, gestos, palavras, sinais sensoriais, fórmulas mágicas, valores, cerimônias, bandeiras, textos sagrados etc. Os símbolos geralmente resguardam e contribuem para a perpetuação da cultura de uma sociedade.

Trazendo a análise de cultura para o contexto da saúde, para SILVA (1997b) o estudo da cultura permite compreender a sua influência nas questões ligadas à saúde, esclarecendo fenômenos e fatos específicos de grupos, pois cada família possui suas próprias formas de cuidar, herdadas culturalmente, e que nem sempre são consideradas *corretas*; portanto é preciso estar atento ao tratamento domiciliar que se dá aos clientes. Assim, fica evidente que é essencial que o profissional de saúde resgate a herança cultural familiar, presente nas ações de cuidado, para embasar o seu trabalho nesta realidade, neste contexto, conferindo qualidade ao seu ofício e estando mais próximo de alcançar alguma mudança de atitude do cliente.

O ser humano adquire uma percepção pessoal do mundo calcada na realidade social em que vive e que é desenvolvida através da interação com outros indivíduos (SILVA, 1997b). Cada indivíduo está inserto numa sociedade composta de várias

culturas que, muitas vezes, possuem valores, crenças e expectativas distintas e muitas vezes divergentes. Portanto a cultura está presente em nosso meio, interferindo em nossas ações, condutas e decisões, sendo a base do comportamento humano.

Enfim, todos os indivíduos apresentam carga cultural muito grande e geralmente a preservam, segundo BLACK & MATASSARIN-JACOBS (1996, p. 68); no entanto nenhum fator cultural é imutável, fazendo com que, de acordo com a vivência de cada um e as inovações que acontecem em todos os setores, a cultura individual se vá reestruturando. Mas é importante ressaltar que, mesmo em face de diversas adaptações, existem alguns traços da cultura que permanecem firmes e devem ser respeitados.

É preciso, segundo autor *op cit*, levar em conta também os processos imigratórios, que determinam modificações profundas no modo de vida dos indivíduos, promovendo até mesmo o que chamamos de choque cultural<sup>2</sup>.

De acordo com LEININGER (1991, p. 37),

o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares e grupos é influenciado pela cultura, e o enfermeiro desenvolverá ações congruentes se entender que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente da dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando. O enfermeiro deverá, portanto, analisar o contexto cultural em que se encontra o seu paciente, verificando se o cuidado popular está próximo do cuidado profissional. Desta forma ele estará cuidando a partir de uma realidade específica e, conseqüentemente, desenvolvendo um trabalho de melhor qualidade.

Uma das competências dos enfermeiros, ressalta COBB (1998), é examinar a cultura dos clientes e de seus familiares, com vistas a identificar as práticas que podem ser nocivas ao cliente e, a partir dela, tentar negociar uma solução mutuamente aceitável, mas sempre lembrando que não se deve desconsiderar o conhecimento e as crenças dos indivíduos, sob pena de eles não aderirem ao tratamento instituído.

Para LENARDT & TUOTO (2003), os doentes sentem mais apoio, quando vêem que a conduta terapêutica expressa um interesse baseado em compreensão pessoal deles. As crenças, valores, normas e ritos de cuidado têm poderosa influência na sobrevivência humana, crescimento, estado de doença, saúde e bem-estar

---

<sup>2</sup> Choque cultural é a reação das pessoas diante de situações pouco familiares em que são formados padrões de comportamento não muito apropriados, geralmente acontecendo diante de mudanças abruptas de uma cultura para outra. (BLACK & MATASSARIN-JACOBS, 1996, p. 69)

LEININGER (1985). A cultura, para LENARDT (2001), é entendida como rede de significados elaborados pelos seres humanos para orientar as ações da vida cotidiana; torna-se fundamental para compreender os sentidos que uma realidade cultural detém para aqueles que a vivenciam. Praticamente todas as culturas têm seus pontos de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidado próprios. Através da cultura o homem determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades.

É mister que o enfermeiro passe a compreender a importância de conhecer a cultura dos clientes e, a partir dessa, alicerçar as suas ações, tornando possível diminuir as frustrações e os desentendimentos entre o paciente e o cuidador e melhorar a adaptação e aceitação das recomendações de cuidado.

### 3.2 ASPECTOS CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO

O mundo está envelhecendo. Jamais, em todos os tempos, tantos indivíduos conseguiram atingir uma idade tão avançada quanto hoje. Envelhecer faz parte da vida humana, assim como é inerente também à natureza. Ao observar-se os animais e flores, por exemplo, pode-se perceber que ambos têm ciclo de vida que se cumpre normal e dinamicamente, salvo a intervenção de ocorrências abreviadoras. Com o ser humano a situação não é diferente.

No Brasil, dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do censo do ano 2000, a população idosa brasileira atinge atualmente 14,5 milhões de pessoas, sendo 6,5 milhões de homens e 8 milhões de mulheres. Para CHAIMOVICZ (1997, p. 185) “a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda da fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional”, alterando significativamente a conformação demográfica da população.

DUARTE (1998, p. 20) afirma que:

a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizou o critério cronológico para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional determinando o limite de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os países subdesenvolvidos, porém do ponto de vista biológico



não se pode afirmar que a velhice começa aos 60 anos, porque vários especialistas reconhecem que o processo de envelhecimento depende de fatores hereditários, do ambiente, do regime alimentar e do estilo de vida.

Quando se trata de definir o envelhecimento, não existe consenso entre os autores. Existem os otimistas e os pessimistas, os que consideram o envelhecimento como fator físico, outros como social ou ainda psicológico, outros ainda como uma totalidade destes. Simone de BEAUVOIR (1970a, p.15), que nos idos de 1970 publicou o seu célebre livro “A Velhice”, caracteriza o envelhecimento como “certo tipo de mudança irreversível e desfavorável, um declínio na existência humana”. Para DUARTE (1998, p.20), “a velhice pode ser compreendida como o resultado de um processo que começa na vida do embrião (...) um sistema instável em que em cada instante é necessário reconquistar o equilíbrio perdido”. VIEIRA (1996, p. 59) define que: “o envelhecimento é um fenômeno inseparável da vida, não é um acidente de percurso, acontece depois de um crescimento e amadurecimento que varia de indivíduo para indivíduo, conforme o seu estilo de vida, o ambiente no qual está inserto e o estado nutricional.”

Assim, compreendo que o envelhecimento é um processo universal, porque todos envelhecem; porém, ao mesmo tempo, é individual e próprio de cada pessoa, que passa por situações semelhantes e até mesmo comuns, mas que enfrenta a luta e trabalha de forma diferente. A velhice é fenômeno fisiológico obrigatório, que nenhum ser humano pode evitar, sendo este abordado da seguinte maneira por WALDOW (1984, p. 127):

...a velhice caracteriza-se pela forma como uma sociedade determina e encara o envelhecimento, mais do que a própria percepção do idoso a respeito do processo de envelhecimento e que nem sempre corresponde ao seu estado de velhice. Portanto, a forma como uma sociedade marginaliza, superprotege, venera ou respeita o idoso determinará como ele se adaptará à velhice.

O pensamento da autora corrobora os pensamentos de BEAUVOIR (1970a, p. 70) que afirmava que “a velhice só pode ser compreendida na sua totalidade. Não representa somente um fato biológico, é também um fato cultural”. Na mesma obra, defende que “o que define o sentido e o valor da velhice é o sentido atribuído pelos homens à existência, é o seu sistema global de valores” (BEAUVOIR, 1970a, p. 97).

O capitalismo vivenciado na sociedade atual, representado principalmente pelos meios de comunicação de massa, tem impulsionado os valores dos cidadãos para uma “cultura de consumo”, em que corpo, juventude e beleza são os principais valores a ser conquistados. Nessa sociedade a idéia da velhice é vendida como fase da vida em que a atratividade, a vitalidade e a juventude podem ser mantidas. Eventualmente, esse conceito confronta-se diretamente com a realidade que é vista nas ruas: pessoas envelhecidas, enrugadas, fragilizadas, rostos tristes, corpos desocupados e roupas desatualizadas do contexto moderno; quando esse idoso não consegue adaptar-se ao padrão de cultura de consumo, torna-se o principal responsável pelos seus infortúnios (DIÁS & CIANCIARULLO, 2004).

Breve levantamento histórico mostra que a situação do idoso é regularmente ligada à questão social, “sempre que a propriedade não se acha garantida por instituições estáveis, sendo, pelo contrário, merecida e defendida pela força das armas, os velhos se vêem relegados à sombra: o poder repousa nos jovens, são eles que dispõem do poder real” (BEAUVOIR, 1970a, p. 110).

No mundo antigo, “entre os privilegiados a condição dos velhos se acha ligada ao regime da propriedade e, na extrema miséria, nem por um sábio a velhice pode ser suportada” (CÍCERO, *apud* BEAUVOIR, 1970a, p. 133). Nesse relato, pode-se perceber que, desde o tempo antigo, as principais agruras da velhice estão ligadas à condição social. Exemplo desse fato é o costume de divisão dos bens construídos durante a vida com os filhos, que existe desde tempos imemoriais. Na idade média, no campo, os filhos se insurgiam contra o pai, quando este pretendia manter a autoridade, e quando lhe faltavam forças para tocar a lavoura; de posse dos bens, o filho relegava ao pai um quarto dos fundos (BEAUVOIR, 1970a, p. 143).

Na cultura brasileira, da atualidade, não existe essa cultura de doação de bens, porém os idosos enfrentam uma saga semelhante, no que se refere à aposentadoria. Numa cultura em que a venda da força física é, às vezes, a única fonte de renda das pessoas, a diminuição das forças vem juntamente com a aposentadoria.

Conforme ASSIS (1998, p. 41), a primeira consequência para o indivíduo que se aposenta “é a perda de rendimentos que impõe a necessidade de redefinição do

padrão de vida e/ou a busca de nova ocupação como meio de renda complementar”. A aposentadoria tão sonhada torna-se pesado fardo. Segundo ASSIS (1998, p. 41):

o trabalho é tão onipresente no período da chamada vida ativa, que tende a confundir-se com a própria vida, é pela identidade profissional que o indivíduo se apresenta e se reconhece como ocupando um lugar na engrenagem social. A aposentadoria fecha o ciclo do trabalho e retira do indivíduo esta que foi sua marca por tantos anos; não há mais diferenciação de papéis e status pelas profissões, mas um rótulo - aposentados - que a todos iguala e que pode gerar questionamentos sobre como sentir-se útil e produtivo fora do mercado de trabalho.

Na realidade, com a aposentadoria muitas pessoas de idade passam a sofrer o que se convencionou chamar de morte social. Para BEAUVOIR (1970b), o papel do aposentado consiste em não ter mais nenhum papel social; aposentar-se significa perder o lugar que lhe cabia na sociedade, a dignidade e quase até a realidade. Segundo a autora, para manter a dignidade, o velho precisa manter-se ativo: seja qual for a natureza dessa atividade, o conjunto de suas funções será melhorado.

O aumento da população idosa implica a tomada de medidas e o desenvolvimento de ações políticas que proporcionem um processo de envelhecimento sadio. Na política de Ação Governamental no Brasil, há de se destacar a Lei n.º 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso é promover a saúde do idoso, possibilitando ao máximo sua expectativa de vida ativa na comunidade, junto à sua família, e com altos níveis de função e autonomia.

A questão social da velhice é importante alvo de debates na história da humanidade, porém a questão física dos idosos tem sido o principal alvo de reflexões através dos tempos. Desde o antigo Egito até o Renascimento, pode-se observar que o tema da velhice foi quase sempre tratado de maneira estereotipada, com as mesmas comparações, os mesmos adjetivos: “é o inverno da vida, a brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo; existe uma frieza no branco a que se opõe o vermelho, o fogo, o ardor e o verde, cor das plantas, da primavera e da juventude” (BEAUVOIR,

1970a, p. 183). Esses clichês se perpetuam, em parte porque o velho está sujeito a um destino biológico imutável.

Para CALDAS (1998, p.53), os fenômenos fisiológicos são os primeiros a anunciar o processo de envelhecimento, afirmando que “à medida que uma pessoa envelhece, os primeiros sinais que se notam são físicos: os cabelos embranquecem, a pele enrugam, os passos tornam-se mais lentos ao caminhar e atividade física diminui”.

PAPALÉO NETTO (1996, p.01) define:

o envelhecimento, por sua vez, é aquele período da vida que sucede à fase de maturidade e é caracterizado por declínio das funções orgânicas e, em decorrência, acarreta maior susceptibilidade à eclosão de doenças, que terminam por levar o idoso à morte. Essa diminuição da capacidade funcional é caracteristicamente linear em função do tempo. Por outro lado, não é possível evidenciar um ponto de transição com a fase precedente, dada a inexistência de um marcador biofisiológico eficaz e confiável do fenômeno.

De acordo com os autores *op cit*, cada pessoa envelhece de forma diferente e as alterações ocorrem em tempos diferentes, pensamento que é corroborado por SANTOS (2001, p. 23), quando afirma que o envelhecimento é o “fenômeno normal e universal” que envolve alterações biológicas, como também alterações psicológicas e sociais, e que ocorrem em ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores internos e externos.

Para DEECKEN (1998, p. 13), as pessoas possuem personalidade própria no processo de envelhecer. Este autor afirma ainda que:

uma das mais importantes descobertas da gerontologia atual é que cada pessoa tem na realidade três diferentes idades ao mesmo tempo: a idade cronológica, determinada pelo número de anos que viveu; a idade biológica, determinada pela condição e estado do seu corpo; e finalmente a idade psicológica, avaliada por aquela que a pessoa sente que tem e demonstra ter, na maneira de agir.

O documento da Organização Mundial de Saúde lançado para o Dia Mundial da Saúde, *apud* PESSINI (1999, p. 195), chama a atenção para alguns pontos em relação ao envelhecimento: a maioria dos idosos (700 milhões) vive em países em desenvolvimento; cada pessoa possui um modo peculiar de envelhecer, características sexuais, culturais, ambientais e sociais interferem no envelhecimento, sendo que a mulher e o homem envelhecem de modo diferente; grande parte dos idosos mantém-se

em boas condições de saúde e longe de serem ônus para a sociedade. Na conclusão do documento, é explicitado que: “hoje, o maior desafio à sociedade é a necessidade de examinar e fazer mudanças apropriadas nas políticas sociais, econômicas e de saúde, não o envelhecimento da população”.

A idéia de uma visão mais positiva do envelhecimento, que está começando a ganhar força nos dias atuais, é resultado de fatores variados, dentre os quais se destaca o crescimento numérico dos idosos no mundo inteiro. Em consequência, cresce entre eles a consciência dos seus direitos, assim como sua capacidade de influência nas diversas esferas sociais.

A promoção do envelhecimento saudável está sendo compreendida como orientação dos idosos e das pessoas em processo de envelhecimento; ressalta-se a importância da melhoria de suas habilidades funcionais mediante a adoção de hábitos de vida saudáveis, tais como: prática regular de exercícios físicos; nutrição saudável; convivência social estimulante; busca de uma ocupação prazerosa, utilização de mecanismos de atenuação do estresse, entre outros.

### 3.3 A DOENÇA RENAL CRÔNICA NO IDOSO

A velhice não é doença. É uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas características intelectuais e emocionais (FERRARI, 1975). Importante é pensar nas condições fisiológicas, fisiopatológicas e sociais, mesmo independentes da idade, que os diferenciam das demais faixas etárias, constituindo-se, desta forma, em uma camada da população com características e necessidades próprias.

O idoso é mais vulnerável a doenças degenerativas de começo insidioso, como as cardiovasculares e cérebro-vasculares, a doença renal, o câncer, os transtornos mentais, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos. Inegavelmente, há redução sistemática do grau de interação social como um dos sinais mais evidentes de velhice.

A situação é que “os idosos no Brasil são portadores de, pelo menos, uma doença crônica e utilizam um medicamento regularmente”, afirmam MENEZES & GARRIDO (2002). A doença crônica traz consigo diferentes problemas que, geralmente, interferem no modo de viver das pessoas e dos que convivem com elas. A experiência de tornar-se doente crônico exige que o doente visualize e compreenda a sua nova condição, para que, desta forma, possa conviver e enfrentar os problemas trazidos por ela (OLIVEIRA, 2002).

LESSA (1998, p. 4), afirma que:

conceitualmente as doenças crônicas não-transmissíveis foram caracterizadas pelos seguintes atributos: história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, evolução para graus variados de incapacidades ou para a morte.

A condição de “doente crônico” exige da pessoa idosa uma mudança de comportamento e atitudes em face das novas limitações. Tarefas devem ser incorporadas ao seu dia-a-dia. TRENTINI & SILVA (1992, p. 80) afirmam que a “condição crônica de saúde é uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos e de grupos”. As autoras afirmam que, além de a condição crônica ser por si só estressante, também traz consigo novos estressores, como o regime de tratamento e as mudanças no estilo de vida, na energia física e na aparência pessoal.

Os doentes crônicos passam a enfrentar mudanças decorrentes de sua nova condição de vida, que traz consigo novas incumbências, perdas e ameaças. Estas mudanças, quando ocorrem, provocam, na maioria das vezes, uma ruptura com o estilo de vida anterior (SILVAa, 1997).

Dentre as condições crônicas de saúde encontra-se a insuficiência renal crônica, caracterizada pela perda brusca ou gradativa, de maneira irreversível, da função renal, em que a capacidade do rim de manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico no organismo fica comprometida (RIELLA, 1996).

A insuficiência renal crônica (IRC) caracteriza-se, segundo SMELTZER & BARE (2002, p. 1100), pela “deterioração progressiva e irreversível da função renal,

em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico falha”.

Diversos podem ser os fatores que causam a insuficiência renal crônica: podem ser doenças sistêmicas, como diabetes *melittus*, hipertensão arterial, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, entre outras; lesões hereditárias, como rim policístico, distúrbios vasculares; infecções; medicamentos nefrotóxicos ou agentes tóxicos (SMELTZER & BARE, 2002).

Conforme a insuficiência renal se vai instalando, os néfrons, unidades estruturais que formam o rim, vão sendo lesadas. “Com a perda da massa renal, os néfrons remanescentes saudáveis ou menos lesados tendem a hipertrofiar e aumentar sua função para compensar a perda renal” (BARROS *et al.*, 1999, p. 423). Segundo RIELLA (1996), essa hipertrofia ocorre na tentativa do organismo em preservar a função renal residual; entretanto essa tentativa acaba por lesar os néfrons restantes, evoluindo para a insuficiência renal crônica terminal.

A consequência imediata da IRC é a uremia, que ocorre devido à queda da filtração glomerular. A uremia provoca disfunções em diferentes órgãos e sistemas (ZATZ, 2002). Os principais sistemas afetados pela síndrome urêmica são: renal, cardiovascular, hematológico, gastrointestinal, neurológico, osteomuscular, endócrino e metabólico (BARROS *et al.*, 1999).

Existe pouco referencial sobre as causas que provocam a doença renal em idosos, porém a análise inicial dessas causas seria relacionada à fisiologia do envelhecimento. Algumas destas doenças, como hipertensão arterial, diabetes *melittus* e insuficiência cardíaca, predispõem à doença renal no idoso. E as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal, constituem agravante de patologia renal no idoso, aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos (LESSA, 1998). MARTINS & CHOCAIR (1996, p.169) corroboram essa opinião e afirmam:

O rim do idoso (...) apresenta peculiaridades próprias do processo de envelhecimento. O padrão de normalidade da diferença de cada grupo etário se baseia nos achados comuns à maioria dos pacientes daquela idade e pode determinar que o rim idoso é diferente e não apenas insuficiente. De qualquer forma, o rim do idoso é acometido por um processo

involutivo, caracterizado por diminuição de sua função e seu fluxo sanguíneo, cujo principal responsável é o processo natural de envelhecimento.

Para PAPALÉO NETTO (1996) das alterações anatômicas e morfológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, pode-se destacar a degeneração renal, marcada pela redução do tamanho e peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal glomerular e tubular, esclerose e hialinização glomerulares, diminuição da superfície filtrante glomerular e redução do comprimento e volume dos túbulos proximais. Esse parecer é confirmado por CAMPOS *et al* (1998 p. 117) quando afirma que: “há uma redução de cerca de 20% da massa renal entre os 40 e os 80 anos de idade. Esse processo involutivo esperado é representado histologicamente por diminuição na vasculatura renal (especialmente cortical), número crescente de glomérulos não funcionantes, atrofia e dilatação tubular e fibrose intersticial”.

Os outros fatores que influenciam o desenvolvimento da doença renal crônica terminal nas pessoas idosas são as doenças ligadas ao envelhecimento como a hipertensão arterial sistêmica, a aterosclerose da artéria renal e a hipertrofia prostática (CAMPOS *et al*, 1998, p. 123). Essa opinião é confirmada com a seguinte afirmação de MARTINS & CHOCAIR (1996, p. 176):

devido à redução dos mecanismos de homeostase dos rins durante o envelhecimento, a pessoa idosa é mais suscetível que os adultos jovens a desenvolver insuficiência renal. Há nos idosos, portanto, em função do próprio processo de envelhecimento e de doenças freqüentemente associadas nessa faixa etária, como insuficiência cardíaca, nefroesclerose, diabetes mellitus e redução das funções dos rins, maior vulnerabilidade aos fatores potencialmente causadores de insuficiência renal.

A terapia renal substitutiva é realizada através de um processo denominado diálise, sendo ela capaz remover líquidos e produtos metabólicos do organismo, quando a função renal é inexistente ou deficiente. A diálise pode ser utilizada no tratamento da insuficiência renal aguda ou crônica. No caso de IRC, é utilizada a diálise crônica ou de manutenção: os pacientes com ausência de função renal podem ser mantidos durante vários anos através da diálise. Apenas a realização de um transplante bem sucedido pode eliminar a necessidade da realização da diálise pelos pacientes. Os métodos de depuração extra-renal incluem a diálise peritoneal e a



hemodiálise (SMELTZER & BARE, 2002). Como alternativa de terapia substitutiva, a hemodiálise é um dos tratamentos mais utilizados em pacientes com IRC.

Para DAUGIRDAS; BLAKE; ING (2003), RIELLA (1996) e BARROS *et al* (1999), a hemodiálise é a remoção de resíduos metabólicos e de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica que utiliza os princípios de difusão, osmose e filtração. O sangue é bombardeado para um rim artificial através de uma membrana semipermeável semelhante ao celofane envolvida por um fluxo dialisato, solução composta por água, glicose, sódio, cloreto, potássio, cálcio, acetato ou bicarbonato.

Segundo RIELLA (1996), o tratamento hemodialítico consiste num processo de filtração extracorpóreo, em que o sangue passa através de uma membrana semipermeável, para que sejam removidas as substâncias que necessitam ser eliminadas pelo organismo e também para fornecer os componentes desejáveis através da solução de diálise. Este processo é realizado, na maioria das vezes, em três sessões semanais, podendo variar entre três e quatro horas, exigindo do doente grande disponibilidade de tempo. A terapia renal substitutiva é realizada através de um processo denominado diálise, sendo ela capaz remover líquidos e produtos metabólicos do organismo, quando a função renal é inexistente ou deficiente. A diálise pode ser utilizada no tratamento da insuficiência renal aguda ou crônica. No caso de IRC, é utilizada a diálise crônica ou de manutenção; os pacientes com ausência de função renal podem ser mantidos durante vários anos através da diálise.

SMELTZER & BARE (2002, p. 1017) afirmam que:

a hemodiálise e a diálise peritoneal são utilizadas de forma eficaz no tratamento de pacientes idosos. Embora não haja limite da idade para o transplante renal, distúrbios concomitantes (doença da artéria coronária, doença vascular periférica) o tornaram menos comuns como uma forma de tratamento para o idoso. Foi demonstrado que o resultado é comparável àquele de pacientes jovens. Alguns pacientes idosos preferem não participar dessas estratégias de tratamento. O tratamento conservador (tratamento nutricional e outras modalidades de tratamento menos convencionais) pode ser considerado naqueles pacientes que não são adequados ou preferem não participar da diálise ou transplante.

Para MARTINS & CHOCAIR (1996, p. 176) alguns problemas tornam a hemodiálise de difícil aplicação para os pacientes idosos, é comum perceber nos idosos

sintomas como: “instabilidade hemodinâmica, doenças cardiovasculares, problemas psicológicos, além de maior incidência de complicações próprias da utilização do método, como sangramento, choque, sepse e embolia gasosa”. Outros autores, como HEINRICH (1999, p. 460) externam a sua opinião nos termos seguintes:

o cuidado dos pacientes idosos com disfunção renal é particularmente desafiador para a equipe de cuidados nefrológicos, devido ao crescente número de condições de comorbidades que tendem a estar presentes em pacientes idosos e porque estas condições são sobrepostas pelas mudanças anatômicas e psicológicas que são vistas no processo normal de envelhecimento.

A Insuficiência Renal Crônica, tem tomado dimensões de epidemia ultimamente. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), pelo censo brasileiro do ano 2004, temos no Brasil um total estimado de 65.121 pacientes em tratamento substitutivo, sendo um total de 57.988 pessoas em programa de hemodiálise.

O censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia não possui informações específicas acerca do quantitativo de pacientes idosos no programa de hemodiálise crônica, porém com o crescimento da população idosa; conseqüentemente haverá um aumento substancial do número de pacientes idosos em tratamento hemodialítico. Alguns autores já se ocuparam com esse estudo, como MARTINS & CHOCAIR (1996, p. 176) que afirmam: “a incidência da insuficiência renal crônica tem aumentado, particularmente em pessoas idosas, acreditando-se que no decorrer desse ano mais de 60% de portadores serão pessoas com mais de 65 anos de idade”, afirmação esta confirmada por HEINRICH (1999 p. 460), quando assevera que “pacientes com idade acima de 65 anos representam o segmento populacional que mais cresce no estágio final da doença renal, nas populações da América do Norte, Europa e Austrália”.

## 4 O MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo abordo os principais conceitos que permearam o estudo. Inicio com breve abordagem referente às principais características da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Madeleine Leininger, que embasou a minha trajetória de pesquisa.

### 4.1 A TEORIA CULTURAL DO CUIDADO

A necessidade de ampliar o conhecimento da forma como se desenvolve o processo de cuidado do paciente idoso, diante do diagnóstico da doença renal crônica terminal e do início do tratamento hemodialítico, levou-me a procurar o referencial que permitisse desvelar, perceber e compreender a diversidade de atitudes tomadas pelos pacientes, acreditando que, desta forma, estaria buscando maneiras de cuidar apoiada em modelo de preservação da sua identidade cultural.

Considerando que o diagnóstico da doença crônica terminal e do conseqüente tratamento hemodialítico é percebido de maneira singular por cada indivíduo, e que as raízes do seu comportamento perante tal diagnóstico têm base nas suas crenças pessoais e nos fatores históricos e culturais, escolhi desenvolver o estudo segundo a perspectiva da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

A Teoria de Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural foi construída ao longo da carreira da enfermeira americana Madeleine Leininger. As raízes da teoria têm sua origem no início da carreira da autora, nos idos de 1940. Naquele momento, a autora teve contato com o chamado “cuidado com qualidade”. Segundo LEININGER (1991, p. 6), as enfermeiras, naquele momento, sentiam-se orgulhosas por serem atenciosas, compassivas e empáticas com as necessidades dos pacientes, e os pacientes, por sua vez, sentiam-se honrados e agradecidos com o tipo de cuidado prestado, com frases do tipo: “são vocês, enfermeiras, que estão me ajudando a ficar melhor.” Ou esta: “enfermeiras que oferecem o bom cuidado realmente fazem a diferença em como eu me sinto, e como eu melhoro ou pioro.” Segundo o autor *op cit*, “esperava-se das

enfermeiras serem cuidadoras apaixonadas e dar cuidado total, completo e compreensivo aos pacientes, incluindo cuidado espiritual, familiar e ambiental. Existia um compromisso moral em fazer os pacientes ficarem bem e mantê-los bem”.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial e a entrada da alta tecnologia nos hospitais, a enfermeira LEININGER (1991, p.8) relata ter observado uma mudança no trabalho da enfermagem, e afirma: “as enfermeiras passaram a gastar muito tempo derramando, medindo, contando, e aplicando várias medicações e tratamentos (...) cada vez mais as enfermeiras foram absorvidas nos tratamentos, nas expectativas e nas ordens médicas”.

Em meados da década de 60, quando Madeleine Leininger trabalhava em hospital psiquiátrico, realizando cuidado de crianças, ela percebeu que crianças de origens diferentes gostavam de ser cuidadas de formas diferentes. Segundo BOEHS (1990), a enfermeira Leininger começou a explorar a forma como as crenças, valores e práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas e nos cuidados desenvolvidos por elas. Nesse contexto, Leininger passou a buscar conhecimentos na disciplina de antropologia, acontecimento inédito para as enfermeiras até aquele momento (LEININGER 1991, p. 14).

ROSEMBAUM, *apud* BOEHS (1990, p. 36), afirma que: “Leininger desenvolveu a teoria da diversidade e universalidade do cuidado, utilizando elementos da visão de mundo de Redfield, da antropologia estrutural e da teoria funcionalista”.

Leininger construiu sua teoria de enfermagem transcultural com base nesta premissa: “os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde” (MONTICELLI *et al.*, 1997, p. 94). Com base em tal premissa, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural em que ele deve ser propiciado e desenvolve-se a partir dele.

Segundo LEININGER (1991, p. 23):

a enfermagem transcultural centra o seu estudo e análise comparando as diferentes culturas e subculturas do mundo, desde o ponto de vista dos valores assistenciais, da expressão e convicções da saúde e da doença e dos modelos de conduzir, sempre com o propósito de

desenvolver uma base de conhecimentos científicos e humanísticos que permitam uma prática do cuidado específico a cultura universal.

Leininger desenvolveu sua Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados, baseada na sua convicção de que as pessoas de diferentes culturas podem oferecer informações e orientar os profissionais sobre a forma como desejam receber os cuidados. A cultura determina os padrões e estilos de vida, e tem influência nas decisões das pessoas. Tal teoria ajuda a enfermeira a descobrir e documentar o mundo do paciente e utiliza seus pontos de vista, conhecimentos e práticas juntamente com o seu conhecimento profissional, como base para adotar ações e decisões profissionais coerentes com a cultura.

A realização do cuidado cultural confirma a teoria da integralidade do cuidado de enfermagem, leva em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida humana e a sua existência ao longo do tempo, incluindo fatores culturais e sociais, a visão do mundo, a história e os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões de linguagem e os modelos populares e profissionais.

O cuidado cultural tem levado ao desenvolvimento de um novo corpo de conhecimento de enfermagem dentro de uma perspectiva cultural de cuidado humano.

LEININGER (1991, p. 393) enuncia que:

...a Teoria Cultural do Cuidado tem sido um importante meio de descobrir estes novos *insights* sobre a enfermagem e desafia os enfermeiros a utilizar o enfoque do cuidado transcultural na educação, pesquisa e prática de enfermagem. A teoria também tem ajudado os enfermeiros a olhar em direção ao futuro com grandes desafios enquanto a enfermagem torna-se uma profissão transcultural.

As reflexões baseadas na leitura de LEININGER (1991) permitem inferir que o conhecimento do cuidado cultural guiará os enfermeiros em suas práticas, tornando-as mais legitimadas, por considerar e respeitar o saber cultural do cuidado realizado para o cliente.

O cuidado cultural leva em consideração a totalidade da vida humana e sua existência ao longo do tempo, incluindo estrutura social, visão de mundo, valores culturais, contextos ambientais, expressão lingüística e sistemas de cuidado populares e profissionais (MARRINER, 1989).

Para promoção e manutenção eficiente da saúde, bem como para a sua recuperação, é fator determinante prover um cuidado de enfermagem com bases culturais. LEININGER (1991, p. 48-49) explicita três modos de decisões e ações de cuidado de enfermagem:

1. **Manutenção ou preservação do cuidado cultural** refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio e capacitação que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a ajustar e ou preservar valores de cuidado relevantes para que elas possam manter seu bem-estar, recuperar-se de doenças, ou enfrentar a deficiência ou a morte.
2. **Acomodação ou negociação do cuidado cultural** refere-se àquelas ações e decisões criativas de assistência, apoio, facilitação ou capacitação que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se aos outros ou negociar com eles para que obtenham um resultado benéfico e satisfatório com os provedores de cuidado profissional.
3. **Remodelação ou reestruturação do cuidado cultural** refere-se àquelas ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação e capacitação que ajudam os clientes a reordenar, mudar ou modificar acentuadamente seus modos de vida para um modelo de cuidado de saúde novo, diferente e benéfico, enquanto respeita os valores e as crenças culturais e ainda provê um modo de vida mais benéfico e saudável do que antes das mudanças serem co-estabelecidas com os clientes.

No que se refere aos cuidados com o paciente idoso renal crônico em tratamento hemodialítico, para executar esses três modos de decisão de cuidados de enfermagem que Leininger preconiza, é necessária uma aproximação inicial deste paciente e da sua família com o objetivo de compreender, apreender e avaliar o processo de cuidado deste. A reflexão sobre a realidade existente servirá como base para o enfermeiro propor cuidados culturalmente congruentes.

Para MONTICELLI (1997), Leininger não elaborou um processo de enfermagem, mas uma teoria que possa guiar a prática de enfermagem. Leininger considera que o enfermeiro, ao utilizar uma abordagem cultural em sua prática, necessita do conhecimento profissional aprendido, mas utiliza a própria abordagem cultural para reorganizar seu conhecimento e suas ações. Desta forma, será aceito e haverá coerência da prática adotada com os valores e estilo de vida dos clientes.

Percebo em minha prática assistencial esta necessidade de abordagem cultural, ao cuidar do ser humano idoso na sala de hemodiálise. O entendimento de suas atitudes torna-se mais claro com a abordagem cultural do cuidado.

O novo desafio do enfermeiro, afirma LEININGER (1991), será o de conhecer e criativamente combinar as práticas da enfermagem profissional com o conhecimento

comunitário genérico, garantindo e preservando, desta forma, os direitos culturais do cliente. Através de uma perspectiva “emic”, o enfermeiro deverá descobrir a totalidade do conhecimento de cada cultura e de como experiencia o cuidado.

## 4.2 CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO

Conforme TRENTINI & PAIM (1999, p. 56):

conceitos são representações mentais e gerais de determinadas realidades: mentais porque não são a realidade em si mesma, mas uma imagem mental delas; são representações gerais, porque contêm características de uma determinada classe da realidade, como, por exemplo, livro, sentimento, ser humano e assim por diante.

O marco conceitual aqui apresentado foi elaborado com o objetivo de orientar o cuidado de enfermagem em relação aos pacientes idosos renais crônicos terminais em tratamento de hemodiálise, reforçado pela abordagem cultural.

Para a construção dos conceitos que compõem este marco teórico, serviram de base leituras seguidas e reflexão sobre a própria experiência do cuidado do paciente idoso em hemodiálise, assim como nos princípios da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 1991).

O marco conceitual deste trabalho é constituído pelos conceitos de: Ser Humano, Saúde, Doença, Cenário, Enfermagem e Cultura, que serão explicitados a seguir.

### 4.2.1 Ser humano

A pessoa idosa com doença renal crônica é um ser humano singular, com modo de vida, características e crenças próprias. É pessoa que recebe um diagnóstico repentino de ser portador de doença renal crônica terminal, doença esta que o idoso não entende muito bem, uma vez que não tem dor, ou alterações físicas rápidas. É um ser humano fisicamente frágil, seja pela doença, seja pelo processo de envelhecimento. É uma pessoa que, para continuar sobrevivendo, necessita de um tratamento substitutivo da função renal.

A partir do diagnóstico da doença, passa a viver cotidianamente na esperança da cura e do transplante, sujeitando-se a horários regrados, com medo da possibilidade da morte, perante a observação da trajetória de uma doença incurável. Cada uma dessas situações mexe profundamente com a pessoa, pois ela possui hábitos, crenças e valores próprios de cuidado, e o advento dessa doença abala, de forma intensa, as suas concepções de vida.

Toda pessoa recebe, desde criança, ensinamentos a respeito dos hábitos alimentares, sociais de cuidados próprios ou a terceiros, definindo um comportamento arraigado à manutenção de condutas, tudo ensinado ao longo da vida e ministrados pelos mais velhos. Quando chega a idade adulta, passa a ensinar o que aprendeu e, depois de décadas desse tipo de vida, atinge o estágio convencionado e aceito como idade avançada, levando a denominação de idoso. Uma vez diagnosticada a doença renal crônica, esse indivíduo tem trajetória particularmente árdua, pois a convivência com a doença exige profundas mudanças e adaptações a um novo modo de vida, criando um sério embate com o modo de vida anterior, já cristalizado por crenças e concepções.

Esse ser humano torna-se fragilizado e amedrontado perante o diagnóstico da doença crônica terminal e, logo após essa determinação, tem o encargo de decidir, juntamente com a sua família, que tratamento vai escolher para a manutenção da sua vida. Aos idosos que optam pela hemodiálise cabe o cotidiano de regras fixas como: horários para realização do tratamento, dieta rígida, cuidado com o acesso venoso, ingestão contínua de drogas e medicamentos, o que remete esse indivíduo a uma grande transformação do seu cotidiano.

As mudanças que ocorrem na vida desse cidadão, em que a idade se associa à doença crônica, não se limitam aos cuidados do corpo. As modificações ocorrem em quase todas as faces de sua vida. Existe a exclusão do mercado de trabalho, seja por ter completado os anos para a aposentadoria, seja pela idade avançada, seja pelo advir da doença renal. Junto com a aposentadoria, vem uma sensível diminuição dos seus ganhos financeiros e, conseqüentemente, mudanças em seus hábitos sociais, ainda agravados pelo aumento do custo de vida em medicamentos e alimentos.



### **4.2.2 Doença**

Para conceituar a doença renal crônica terminal em pessoa idosa, deve-se pensar no indivíduo que vivencia a sofrida trajetória de uma enfermidade incurável, independente da sua vontade, dos seus esforços ou da mudança decisiva dos seus hábitos de vida. Uma doença que exige mudanças drásticas nos hábitos, e que não oferece ao indivíduo chances de melhora, somente de sobrevivência. A doença, para essas pessoas, passa a ser a própria forma de manter a vida, que é a situação de permanente dependência da tecnologia que substitui as funções renais.

O advir da doença crônica, embalada inicialmente pelo medo da pessoa perante essa situação nova, desconhecida, muitas vezes com início súbito e diagnóstico inicial de gravidade, inicia as pessoas nesse caminhar de uma forma bastante agressiva, trazendo com isso a revolta perante a situação incontrolável.

Durante o desenvolvimento da doença, as pessoas percebem a necessidade de contínuas mudanças nos seus hábitos e no seu estilo de vida. A doença renal exige repadronização de uma série de hábitos e costumes, principalmente no que se refere à ingestão de líquidos e alimentos. O idoso em tratamento hemodialítico, a fim de evitar agravos e complicações, necessita seguir as rígidas orientações fornecidas em seu centro de tratamento, sendo a maioria destas muito restritivas.

### **4.2.3 Saúde**

De acordo com LEININGER (1991, p.48), a saúde: “refere-se a um estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado, em que se reflete a habilidade dos indivíduos (ou grupos) em executar suas atividades diárias rotineiras de vida de forma culturalmente expressa, benéfica e padronizada”.

O conceito de saúde para o idoso portador de doença renal crônica terminal é particularmente singular. Considerando o curso prolongado da doença, a série de restrições orientadas, as limitações físicas provocadas pela doença ou aquelas causadas pela idade, remetem esse ser humano a considerar como saúde pequenas atividades tidas como cotidianas, mas que para esse idoso passam a ter valor pessoal inestimável. Observando empiricamente os pacientes, percebi que para alguns saúde se traduz como

a possibilidade de sentir fome e, ao alimentar-se, não sentir náuseas; para outros a capacidade de andar sem ajuda, ou a capacidade de subir as escadas do hospital sem dispnéia, ou não ser hospitalizado por complicações.

Por consequência disso, a visão de saúde do idoso acometido por doença renal, pode ser bastante diferenciada da visão de saúde do enfermeiro. Por isso, ao realizar o cuidado com o paciente, o enfermeiro deverá realizar uma análise do seu conceito de saúde, para que seu trabalho seja culturalmente congruente, ou seja, para que o cuidado prestado respeite a visão de mundo do paciente.

#### 4.2.4 Cenário

Para (LEININGER, 1991 p. 48):

contexto ambiental refere-se à totalidade de um evento, situação, ou experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações ou interações sociais, particularmente físicas, ecológicas, sociopolíticas e/ou configurações pessoais.

Este estudo foi desenvolvido em dois cenários distintos: a sala de hemodiálise e o domicílio do paciente.

A **sala de hemodiálise** é ambiente tecnológico, cuja visão nos remete a um meio tipicamente futurista, com máquinas do tamanho de pessoas, painéis coloridos, apitos constantes e odor ácido, vindo das soluções utilizadas para trocas, que não se compara a nenhum outro ambiente do hospital. Toda essa tecnologia pode intimidar as pessoas idosas não acostumadas à rotina de apitos, luzes e cheiros.

Existe uma característica que pontua a diferenciação desse ambiente, que é a troca de turno<sup>3</sup>. A troca, que acontece de forma concomitante em todas as máquinas da unidade de hemodiálise, pode ser utilizada como marco para caracterizar o cenário da sala de hemodiálise, em dois momentos: durante a troca de turnos e durante a hemodiálise.

**Durante a troca de turnos** o cenário é marcado por um frenesi descompassado de técnicos de enfermagem, pacientes, enfermeiros. Durante a troca de turnos uma intercorrência, como sangramento ou hipotensão, acaba sendo vista como

---

<sup>3</sup> Troca de turno: é o momento em que o paciente que terminou o tempo prescrito de tratamento hemodialítico é retirado da máquina de hemodiálise seguido da instalação, naquela mesma máquina, do paciente do próximo turno.

atraso que poderia ter sido evitado. Pode-se dizer que o ambiente é tenso, pacientes deambulando com auxílio, verificando o peso corporal, técnicos de enfermagem pressionando o curativo das fístulas. Para os pacientes, a troca de turno também é um momento estressante; alguns deles desejam iniciar logo o tratamento, enquanto para outros o desejo é terminar, o mais breve possível, o processo hemodialítico a que estão submetidos.

o cotidiano nas salas de hemodiálise deve transmitir ao cliente renal segurança e tranquilidade. Conforto, proximidade, porém preocupa-me que a repetitividade das ações de enfermagem próprias da hemodiálise tornem esse ambiente hostil, frio e desprovido de calor humano mínimo (PASQUAL, 2004, p. 19).

O cenário se modifica **durante a hemodiálise**, da agitação vem a calma, não se vêem mais os funcionários da assistência andando apressados, e sim alguns sentados conversando com os pacientes, lendo revistas ou assistindo a programas de TV. Os pacientes idosos, enquanto realizam o seu tratamento hemodialítico, dormem ou assistem a programas de TV, ou conversam com os outros pacientes. O cenário é de aparente tranquilidade.

O **domicílio do idoso** é o segundo ambiente que será apresentado nesse estudo. O domicílio é sagrado para a pessoa. No domicílio posso conhecer o idoso como ele realmente é, posso avaliar o que para ele é importante, quais são os seus hábitos de vida, os seus costumes e o seu relacionamento familiar.

A possibilidade de ir à residência de um paciente significa que ele permite adentrar em parte importante da sua vida. É ato de confiança, principalmente considerando o percurso crônico da doença renal e a continuidade de relacionamento que se mantém entre o enfermeiro e o paciente. No domicílio a pessoa expõe a sua privacidade, não há como manter máscaras.

O domicílio é o que a pessoa tem de mais íntimo e mais real. No domicílio do paciente é possível compreender melhor crenças, práticas e valores; e poderá melhorar a minha compreensão dos significados e das relações que o idoso tem com as coisas e pessoas (LENARDT, 1996).

O ambiente sofre influências culturais dos costumes que influenciam a forma como vive o idoso, essas influências que podem interferir no modo como o idoso reage perante a situação de saúde e de doença.

#### **4.2.5 Enfermagem**

De acordo com LEININGER (1991, p.47), a enfermagem é:

a profissão e a disciplina científica e humana que tem como foco os fenômenos e atividades do cuidado humano com o objetivo de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos para manter o bem-estar de forma culturalmente significativa e benéfica, ou para ajudar as pessoas a enfrentar a deficiência ou a morte.

A enfermagem, no contexto desta proposta, vai além da realização de ações de cuidado; o conceito de enfermagem culturalmente congruente tem como objetivo proporcionar o bem-estar às pessoas inseridas na sua própria cultura.

O enfermeiro que realiza ações de cuidado culturalmente congruentes deverá ter a consciência de que sua cultura profissional e pessoal provavelmente será diferente da cultura popular das pessoas, das famílias ou dos grupos que estiver cuidando (LEININGER, 1995).

O cuidado de pacientes em hemodiálise crônica requer grande abertura para conhecimentos culturais por parte do enfermeiro, uma vez que estes pacientes, de adolescentes a idosos, são “responsáveis” pela adesão ao seu tratamento diariamente, a cada refeição, a cada porção de líquido ingerido, de forma que, caso o enfermeiro não consiga perceber as principais características culturais desse paciente, que vão desde características alimentares a características de vida e cotidiano, dificilmente irá desenvolver interação significativa com ele. Para que os enfermeiros realizem cuidado culturalmente congruente com esse idoso, se faz necessário conhecer o domicílio deste paciente, conforme LENARDT (1996, p. 49): “os objetivos da enfermeira (...) residem em conhecer o paciente, identificar e satisfazer as necessidades dele. No entanto, para que esta interação seja real e significativa, a enfermeira precisa conhecer o ambiente em que vivem o paciente e sua família, suas reais condições de vida.”

O enfermeiro, na unidade de hemodiálise, é o responsável por amenizar, diminuir e humanizar os impactos do tratamento para o paciente e sua família. Esse ser

humano desenvolve trabalho profissional, interagindo com outras pessoas, e possui uma história de vida “pessoal e profissional” que poderá interferir em suas formas de cuidar. O enfermeiro deve ser aquele que atua no processo saúde-doença, buscando congruência entre o cuidado profissional e os cuidados leigos do paciente.

O conhecimento do domicílio do paciente, aliado à realização de ações culturalmente congruentes na unidade de hemodiálise, poderão proporcionar as ferramentas necessárias para o enfermeiro dessa unidade aprofundar os conhecimentos sobre o modo de vida do paciente, respeitando os seus pontos de vista e sua identidade cultural. Adotando tal postura, o enfermeiro poderá auxiliar o paciente a enfrentar alguns desafios relativos às mudanças que a doença renal crônica provoca em sua vida, promovendo maior adesão ao tratamento e conseqüente prevenção de comorbidades associadas à doença renal.

#### **4.2.6 Cultura**

Segundo LEININGER (1991, p.47), “cultura envolve valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações de um indivíduo”.

Acredito que esses valores, crenças e comportamentos de vida são construídos de geração a geração, sendo mudados ou transformados de acordo com a necessidade sentida pelo grupo no seu momento histórico. O grupo a que a autora se refere considero para este estudo como o grupo familiar e sua rede de relações.

Para o idoso renal crônico o grupo familiar está composto de família e dos vizinhos que ajudam a estruturar e expressar os significados que irão conduzir as ações e comportamentos da vida cotidiana. As relações familiares incluem todas as formas e graus de relações entre pessoas ligadas ou não por consangüinidade. A adesão ao tratamento hemodialítico é influenciada pela cultura familiar, as maneiras como o paciente e família recebem o diagnóstico e como é orientado para o tratamento.

A cultura para o idoso participante deste estudo é expressa nos valores e regras específicos de seu “pertencimento”; portanto foi construída compartilhadamente. Cada família apresenta um modo particular de se portar perante os cuidados com a doença de

um dos seus membros. A cultura familiar traz muitas interpretações a respeito das “doenças dos rins”. Existe uma série de receituários populares de chás e ações que podem colaborar na “cura” das doenças renais, e os pacientes, guiados pela esperança da cura, a despeito da cronicidade, aderem com fidelidade às orientações populares.

Segundo KLEINMAN (1988), a base para um cuidado sensível e efetivo é conhecer o modelo explicativo da pessoa em condição crônica de doença. O profissional de saúde, ao compartilhar o modelo explicativo com o idoso e família, novo padrão cultural surge nessa apresentação para a enfermeira e para o paciente; e esta apresentação poderá mudar o comportamento de ambos. O parágrafo de cultura a que me atendo expressa que a cultura pode ser aprendida e novos conhecimentos poderão ser absorvidos pelo profissional, paciente e família, diferente daquele conceito que significa rigidez nos valores, crenças e comportamentos.

## 5 A METODOLOGIA

Apresento a seguir o tipo de estudo, participantes, cenário, passos do processo de cuidado cultural que foram desenvolvidos durante a realização do estudo, procedimento de coleta das informações, método de registro e análise dessas informações, assim como aspectos éticos que permearam o estudo.

### 5.1 O TIPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2005. A data final assinalada para o dia dezoito de novembro de 2005 foi um marco apenas, para que pudesse dedicar-me à evolução da redação da dissertação. Continuei mantendo diálogo com os idosos participantes assim como cuidando deles; nesse tempo emergiram informações importantes que foram aproveitadas para completar os dados.

Utilizei no estudo a pesquisa qualitativa, apoiada no método de estudo intitulado Pesquisa Convergente Assistencial, proposto por TRENTINI & PAIM (2004, p. 28). As autoras definem pesquisa convergente assistencial como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações; portanto esse tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado”.

Essa modalidade de pesquisa tem a sua origem na pesquisa-ação de Kurt Levin e no processo de enfermagem. É caracterizada pela “sua articulação intencional com a prática assistencial. Dessa forma, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, o que não implica classificar como idênticas as características das duas atividades” (TRENTINI & PAIM 2004, p. 26).

Na pesquisa convergente assistencial, o ato de assistir/cuidar está incluído no processo de pesquisar. Esse tipo de pesquisa tem a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. A pesquisa convergente assistencial inclui o gesto de cuidar, porém não se consubstancia como ato

de cuidar e não se propõe a generalizações, mas segue normas de rigor científico, envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo de pesquisa, e reconhece os dados da prática como dados de pesquisa (TRENTINI & PAIM, 2004).

Para a realização dessa modalidade de pesquisa é necessária a participação ativa dos sujeitos dela, uma vez que está orientada para diminuir os problemas na prática.

quando um pesquisador decide desenvolver uma pesquisa de campo convergente-assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial, (...) o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado (TRENTINI & PAIM 2004, p. 25).

TRENTINI & PAIM (2004, p. 29) explicitam que o profissional objetiva, em primeira instância, sistematizar o que faz; portanto tal processo difere daquele em que o profissional se propõe exclusivamente a cuidar do cliente e daquele que visa desenvolver o novo conhecimento científico somente.

Nesse tipo de estudo, conforme BELTRAME (2000, p.71), ao contrário de outros métodos, o pesquisador necessita colocar-se face a face com os sujeitos pesquisados, deixar a sua neutralidade de lado e envolver-se, para que ambos possam interferir na realidade, construindo uma nova que proporcione melhor qualidade de vida.

Diante do objetivo deste estudo e do meu envolvimento no cuidar direto dos pacientes idosos, submetidos à hemodiálise, este foi o modelo que considerei o mais apropriado para desenvolver o presente trabalho.

## 5.2 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os pacientes idosos que realizam tratamento hemodialítico no quarto turno da unidade de hemodiálise; escolhida para a realização do estudo.



Utilizei a definição de idoso conforme cita a Lei nº 8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso em seu Art. 2º: “Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.”(BRASIL, 1996, p. 12277)

Os critérios de elegibilidade para participar do estudo foram: aceitar participar do estudo, ter idade igual ou superior a sessenta anos; possuir capacidade física e cognitiva para responder aos questionamentos referentes ao estudo; ser portador de doença renal crônica terminal e realizar tratamento hemodialítico no quarto turno da clínica escolhida, em que desenvolvo minhas atividades como enfermeira. Esses critérios foram definidos com o objetivo de contemplar as orientações de TRENTINI & PAIM (2004, p.74) que afirmam: “a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo”.

### 5.3 O CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em dois cenários e distintas situações sociais: o primeiro cenário foi a clínica de hemodiálise, onde os participantes desse estudo realizam o tratamento hemodialítico; e o segundo momento, nos seus domicílios.

O primeiro ambiente deste estudo foi uma clínica de hemodiálise, localizada no interior de um hospital de ensino de grande porte, de nível terciário que faz parte de uma rede particular formada por três clínicas de hemodiálise existentes na cidade de Curitiba, capital do Paraná. A preferência por essa unidade de tratamento hemodialítico aconteceu anteriormente à escolha do método investigativo, uma vez que esse é o local onde trabalho há seis anos, e minha intenção sempre foi realizar um estudo que pudesse trazer uma contribuição no mínimo significativa para os problemas que tento solucionar no meu dia a dia profissional.

Essa clínica atende às pessoas adultas e idosas portadoras de doença renal crônica terminal e que optaram pela hemodiálise como terapia substitutiva. Além disso, a unidade presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também atende a convênios de saúde. Presta serviços de tratamento hemodialítico há 22 anos; possui quarenta e um funcionários divididos em equipe multidisciplinar e equipe de apoio e

atende mensalmente cerca de cento e trinta pacientes, distribuídos em quatro turnos de hemodiálise.

O segundo cenário utilizado para a realização deste estudo foi o domicílio dos idosos. Realizei cinco visitas domiciliares, observei que os domicílios eram localizados em bairros diversos, e tendo como ponto de referência a unidade de hemodiálise. A mais próxima localizava-se a oito quadras de distância dali; e a mais distante, já na região metropolitana de Curitiba, era acerca de trinta quilômetros.

De posse do endereço do idoso participante, realizei a busca da rua na lista de endereços para facilitar o encontro. Os domicílios apresentavam características próprias, mas de forma geral eram arejados, com boas condições de higiene e espaço suficiente para manter, na moradia, o idoso em tratamento hemodialítico. As características específicas desenvolvo no capítulo de visita domiciliar.

#### 5.4 O PROCESSO DE CUIDADO CULTURAL

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de LEININGER (1985; 1991), utilizada como base teórica durante a realização do estudo, serviu de guia durante a prática de enfermagem para cuidar dos idosos participantes e juntos planejarmos o cuidado para que este seja culturalmente coerente conforme LEININGER (1991). Apesar de ser guia significativa, a teoria não apresenta, de maneira específica e completa, o processo de enfermagem, o que permitiria elaborar todo o processo de cuidado nela alicerçado; por isso para compor os momentos do cuidado cultural, utilizei também o modelo da Representação dos Momentos do Cuidado Cultural de LENARDT (1996, p. 66). Esse modelo foi proposto para o cuidado com o paciente cirúrgico; porém, após a leitura atenta daquela dissertação de mestrado, acreditei que ela apresentava os momentos adequados, necessários para nortear as ações para o cuidado cultural do idoso em tratamento hemodialítico. Apresento a seguir esta representação e descrevo como desenvolvi estes momentos.



*Ilustração 1. Representação dos momentos do Cuidado Cultural de Lenardt*

O modelo de LENARDT (1996) guiou a trajetória para a implantação do cuidado cultural ao idoso renal crônico. Com base nesse modelo foi possível delinear o processo de enfermagem que conduziu ao cuidado cultural e os momentos especificam-se a seguir:

1. A aproximação do idoso participante.
2. Demonstração de competências: técnico científica e socioafetiva.
3. Conhecimento mútuo enfermeira, idoso e familiares.

#### 4. Conhecimento do ambiente familiar.

Os momentos do processo de conhecimento cultural do idoso participante, descritos de forma pontuada nessa metodologia aconteceram de forma dinâmica e entrelaçada; todos os sujeitos do estudo: idoso participante, familiares e enfermeira, vivenciaram dinâmica e conjuntamente a totalidade dos momentos do processo.

Nesse contexto, descrevo a seguir como se deu a aplicação desses momentos, nesta proposta de cuidado cultural ao idoso renal crônico em tratamento hemodialítico.

##### **5.4.1 A Aproximação do Idoso Participante**

O cotidiano na unidade de hemodiálise favorece a aproximação natural entre a equipe multidisciplinar e o idoso participante, principalmente para o enfermeiro e a equipe de enfermagem que atuam diariamente no cuidado. Cada um dos pacientes permanece semanalmente entre nove e quatorze horas em tratamento hemodialítico, convivendo diretamente com o enfermeiro, por semanas, meses e anos. Essa rotina, pode dar falsa impressão de intimidade, tanto para o paciente, quanto para o enfermeiro que pode acreditar que conhece profundamente o paciente, assim como eu pensava e acreditava antes de realizar esse estudo.

Por meio da aplicação do conhecimento técnico, que preciso desenvolver em cada sessão de hemodiálise, procurei melhorar minha aproximação com o idoso participante. Dei ênfase aos cuidados de avaliação, orientação e, dentre eles, o ganho de peso interdialítico (GIPD). Essas orientações, realizadas até então com base no modelo biomédico, muitas vezes incentivava o paciente a omitir informações sobre o seu modo de vida, provavelmente por temer ser criticado pelos seus hábitos e atitudes.

A entrevista inicial com o paciente era realizada enquanto cuidava. Procurei manter postura informal, diferente daquela que apresentava até então, durante todos os momentos do estudo. Desde a abordagem inicial, quando iniciava os diálogos, resgatando as discussões da mídia, colocando a minha opinião pessoal e trazendo alguns fatos do meu cotidiano, com o intuito de estabelecer uma relação mais igual, menos impositiva e assim intensificar a interação e o conhecimento mútuo.

#### **5.4.2 Demonstração de Competências técnico científica e socioafetiva**

Para alcançar a interação com o idoso participante, LENARDT (1996, p. 62) aponta a necessidade da vivência de dois elementos: competência socioafetiva, como respeito, alegria, atenção e carinho; e competência técnico-científica, definida como destreza manual, postura, início-sequência-fim, criatividade e conhecimento científico.

No cotidiano da unidade de hemodiálise, a enfermeira tem a oportunidade diária de realizar cuidados técnicos e, com isso, demonstrar diariamente a competência técnico-científica, utilizando as técnicas mais variadas: na orientação dos pacientes, na punção de acessos venosos complicados, na resolução de problemas com a máquina de hemodiálise, e todos os outros agravos que ocorrem no cotidiano. Porém a atenção é realizada de maneira abrangente com todos os pacientes, o que concorre com o tempo utilizado na resolução de questões referentes a recursos humanos, físicos e materiais.

Para este estudo, assumi os cuidados integrais ao idoso, durante o tratamento hemodialítico. A presença constante ao lado do paciente, desde a punção da fístula até o término da sessão de hemodiálise, permitiu que o participante percebesse as habilidades técnicas, que até então eram demonstradas somente em situações de agravos.

Durante todo o período da realização deste estudo, responsabilizei-me pelo cuidado integral dos cinco idosos participantes. Vivenciei os elementos da competência socioafetiva descritos por LENARDT (1996). Passei a observar atentamente aquelas expressões faciais. No meu cotidiano profissional, ficava limitada àquelas associadas às complicações da doença.

O experienciar de tais competências foi de fundamental importância para a realização do processo de cuidado cultural e, através de tal vivência, desenvolver um processo interativo idoso participante/enfermeira/familiares. LENARDT (1996, p. 62) definiu que “...a interação é um instrumento fundamental para a enfermeira que pretenda desenvolver o cuidado cultural, acredito que a interação seja o componente que possibilita a execução dos cuidados culturalmente congruentes”.

### **5.4.3 Conhecimento Mútuo Enfermeira, Idoso e Familiares.**

Concomitante à realização das entrevistas, passei a observar mais atentamente os familiares que buscavam diariamente os idosos. Percebi que familiares de três dos participantes realizavam o transporte diário desses após o tratamento hemodialítico. Os outros dois idosos participantes utilizavam transporte próprio.

Já conhecia superficialmente esses familiares; porém, com o desenvolvimento do estudo, a relação com eles tornou-se mais próxima. Planejei a técnica de aproximação dos familiares com base nas vivências da competência socioafetiva, que se traduzia nas ações: logo após ter recebido a aprovação do idoso participante para entrar como elemento do estudo. Telefonei aos familiares preferencialmente o cônjuge, para explicar-lhe o estudo, ressaltando os objetivos e focalizando principalmente a cultura como modo de vida, com ênfase na utilidade e até a necessidade de realizar a visita domiciliar. Mesmo após o contato telefônico, conversei pessoalmente com as esposas de três dos idosos participantes. Os participantes, cujos familiares não compareciam à unidade de hemodiálise, moravam sozinhos, de forma que marquei com eles mesmos a visita domiciliar.

O contato com os familiares foi primordial para o desenvolvimento do estudo, porquanto, conforme LENARDT (1996, p. 129) afirma, “o conhecimento mútuo enfermeira-idoso-familiares foi o fundamento básico da caminhada para o cuidado cultural”. No contato com os familiares, as falas do idoso participante confirmavam-se, ofereciam-se informações, considerações e compartilhavam-se as formas de cuidado.

### **5.4.4 Conhecimento do Ambiente Familiar**

Em seu estudo, LENARDT (1996, p. 32) afirma que os contatos com a família do paciente são importantes, na tentativa de angariar informações sobre as crenças, os valores, o cotidiano familiar, para poder então conferir e analisar dados da cultura do paciente. Para essa autora (p. 130) “a visita domiciliar desvela o mundo pessoal do paciente. Nele é possível compreender melhor as crenças, as práticas e os valores do paciente sobre saúde, doença e necessidade de cuidado”.

As visitas domiciliares transcorreram após a realização da entrevista inicial com o idoso. E tive como objetivo a busca dos conhecimentos do idoso participante e da sua família, informes derivados da visão de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais do contexto familiar, conforme LEININGER (1991).

Para a realização da visita domiciliar e a conseqüente aproximação dos familiares e do idoso participante, procurei enfatizar as características descritas por LENARDT (1996, p. 62) como competência socioafetiva: respeito, atenção, alegria e carinho.

Essas ações foram desenvolvidas da seguinte forma. Procurava chegar aos domicílios já sorrindo, elogiando algum elemento da casa. Procurava observá-los para a realização do estudo de maneira discreta, de modo a não criar situação de constrangimento. Aceitei e provei todos os alimentos que me foram oferecidos durante a visita, sempre procurando enaltecer alguma característica marcante.

Procurava conversar com todos, dirigia-me ao ambiente que era oferecido, só visitava o restante da casa perante o convite expresso do idoso ou do familiar. As entrevistas eram gravadas, mas não seguia o instrumento de forma pontual: as conversas eram permeadas por questões familiares do cotidiano ou impressões do idoso ou da família sobre o cotidiano ou assuntos do seu interesse. A duração da visita era definida de acordo com o interesse e a disposição da família.

## 5.5 OS PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

O processo investigativo esteve articulado com as atividades práticas em todos os momentos do estudo. Desse modo, foram coletadas informações na leitura do prontuário eletrônico dos idosos, na prestação de cuidados integrais durante o período de tratamento hemodialítico, e na realização da visita domiciliar. Diante do paciente e familiares foram realizados diálogos informais, entretanto sempre direcionados aos objetivos propostos pelo estudo. Conforme TRENTINI & PAIM (2004, p.87): “na pesquisa convergente-assistencial, a entrevista não se limita à mera técnica de coleta de dados para a pesquisa, mas há uma consideração que vai além, ampliando os

horizontes de delimitação pelas implicações inerentes à assistência ao cliente, ali arraigada”.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados para a coleta das informações. Para tanto busquei subsídio na Teoria de Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger.

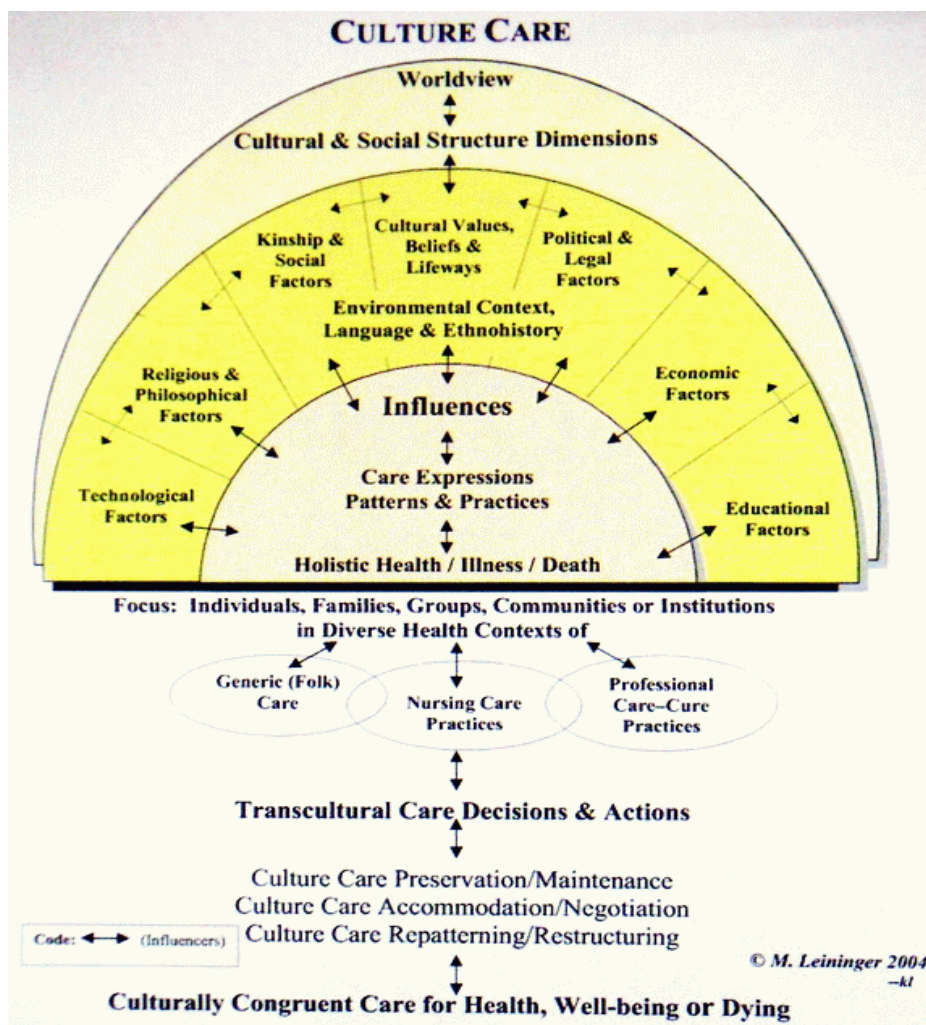
Segundo LEININGER (1991), sua teoria pode ser apresentada em forma esquemática, através do Modelo de Sol Nascente (ilustração 2), desenvolvido para demonstrar a dimensão da Teoria Transcultural. Esse modelo objetiva retratar uma visão geral das diferentes mas inter-relacionadas dimensões da teoria. Esse modelo é utilizado como mapa cognitivo para orientar e descrever as dimensões, componentes, facetas ou principais conceitos que influenciam a teoria com a visão total e integrada dessas dimensões. E ainda acrescenta que (1991, p. 403):

a teoria cultural do cuidado com o uso do Modelo do Sol Nascente pode guiar os enfermeiros pesquisadores a examinar muitos fenômenos específicos, mas também, símbolos abstratos, espiritualidade, visões de mundo e outros aspectos freqüentemente vagos e abstratos. Tais afirmações e especificações ajudam o enfermeiro pesquisador a tornar-se consciente das várias dimensões que podem real e potencialmente influenciar o cuidar cuidado nas práticas de enfermagem”

Para BELTRAME (2000, p. 61): “esse modelo serve de guia para mostrar ao pesquisador quais os principais fatores a serem considerados, para compreender o cuidado humanizado e para obter um conhecimento do cuidado de enfermagem a ser prestado”.

Nesses termos, optei por utilizar o “Modelo do Sol Nascente” para nortear a elaboração das questões do instrumento de coleta de dados a ser utilizado com o idoso participante. Focalizei no modelo a visão de mundo e as características da estrutura social e cultural. Obtive boa compreensão no referente a cada fator. São seis os fatores descritos no modelo: social, educacional, religioso e filosófico, tecnológico, econômico, legal e político. Os fatores se inter-relacionaram, caracterizando a dinâmica do sistema, comprometendo ainda mais o processo de cuidado saúde-doença.





*Ilustração 2 Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care*

Devido à extensão dos assuntos a serem investigados, optei por elaborar três instrumentos de coleta de dados.

1. **Instrumento de Identificação (APÊNDICE 1).** Englobou questionamentos a serem respondidos com base no levantamento e leitura de prontuário. Tem a finalidade de caracterizar o participante, avaliando as informações pessoais e as informações referentes ao tratamento hemodialítico.
2. **Instrumento de Análise dos Fatores de Visão de Mundo (APÊNDICE 2).** Englobou os questionamentos referentes à visão de mundo sob os aspectos tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, econômicos, políticos, legais e educacionais, assim como os conceitos do paciente acerca da saúde, doença, enfermagem, cultura, e sobre ser idoso.

### 3. Instrumento de Análise dos Hábitos e Modo de Vida (APÊNDICE 3).

Englobou os questionamentos acerca dos hábitos e modo de vida não só do entrevistado como de seus familiares. Ainda constava neste instrumento um roteiro para observações das condições sociais do domicílio e dos hábitos pessoais do paciente e da família.

Após elaborar os instrumentos de coleta de dados, elegi a entrevista semi-estruturada, como técnica para a coleta de informações com os pacientes. A escolha por essa técnica deu-se por suas características, descritas por MORSE & FIELD (1995, p. 94): “a entrevista semi-estruturada é usada quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode predizer as respostas. É útil porque sua técnica garante que o pesquisador obterá as informações requeridas (sem esquecer uma questão), enquanto, ao mesmo tempo, dá ao participante liberdade para responder e ilustrar conceitos”.

A coleta de dados teve início com a utilização do **Instrumento de Identificação**. Foram pesquisados todos os dados constantes no prontuário sobre o paciente: desde os mais básicos, referentes à sua identificação, até a leitura completa das evoluções relatadas pela equipe multidisciplinar, desde o início do tratamento. Foram verificados os dados das informações pessoais que constam dos seguintes itens: iniciais do nome, endereço, telefone, data de nascimento / idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, ocupação atual e renda. O mesmo instrumento ainda contemplava as informações referentes ao tratamento hemodialítico: Data de início do tratamento hemodialítico/tempo, diagnóstico, comorbidades, via de acesso para hemodiálise, prescrição de hemodiálise, ganho de peso interdialítico, alterações hematológicas, alterações bioquímicas, glicemia, medicação em uso, inscrição para o transplante renal, principais intercorrências durante a sessão de hemodiálise e os hábitos durante a sessão de hemodiálise.

É importante ressaltar que, durante o levantamento dos dados no prontuário, eram verificados o endereço e telefone de contato do idoso, observando a região do domicílio e a sua distância da unidade de hemodiálise, estabelecida como referencial de localização.

A entrevista semi-estruturada (APÊNDICES 2 e 3) foi realizada em dois momentos: primeiro na clínica, durante o período em que o idoso se submetia ao tratamento hemodialítico e, depois, no seu domicílio dele junto aos seus familiares.

Para as entrevistas realizadas na unidade de hemodiálise, foi utilizado o **Instrumento de Análise dos Fatores de Visão de Mundo**. As entrevistas ocorreram durante o período de tratamento hemodialítico do idoso participante. Devido à extensão e complexidade das questões, tive o cuidado de permanecer no máximo uma hora por sessão realizando, a entrevista, de forma que a entrevista mais longa durou cinco horas, divididas em cinco dias, e a mais breve foram duas horas, realizada em dois dias. Procurava realizar a entrevista como um “bate-papo”, sem colocar as questões de forma pontuada, a fim de que o paciente se sentisse à vontade para responder às questões.

Para as entrevistas realizadas no domicílio era utilizado o **Instrumento de Análise dos Hábitos e Modo de Vida**. A visita domiciliar era agendada previamente com os idosos participantes, respeitando suas disponibilidades de datas e horários. Cerca de uma hora antes do horário previsto para as entrevista, era feita uma ligação telefônica para confirmação do encontro.

A realização das entrevistas no domicílio diferiram para cada idoso. Algumas foram realizadas em ambiente propício, porém intercaladas aos “diálogos domésticos” e à refeição servida. A duração das entrevistas, no cenário domiciliar, variou de uma até quatro horas.

## 5.6 OS REGISTROS DAS INFORMAÇÕES

Os registros das informações e observações dessa pesquisa foram realizados diariamente, em todos os momentos do processo de cuidado cultural do idoso participante. Segundo BOEHS (2002, p. 36), “na pesquisa qualitativa o próprio pesquisador constitui o seu instrumento básico, estando presente, observando e, na medida em que o tempo passa, participando e sendo um aprendiz da situação”.

As informações referentes à identificação do idoso, coletadas no prontuário eletrônico, foram transcritas diretamente para o bloco de notas, utilizando a sequência do instrumento elaborado para esse fim.

As entrevistas foram realizadas durante as ações de cuidado e, para melhor apreensão dos discursos, optei pela utilização de gravador, uma vez que esse método documenta de forma organizada e fidedigna a riqueza das falas dos entrevistados (TURATO, 2003). Entretanto não foi possível utilizar somente essa técnica em toda a trajetória do estudo. Houve momentos na clínica, durante a realização de técnicas específicas, como o curativo da fístula, em que o paciente discutia algum assunto importante para a realização do estudo, ou no momento em que chegava à clínica e ia diretamente informar alguma alteração significativa. Nesses momentos eu optei por utilizar o bloco de notas, e transcrevia as informações conforme a fala do idoso.

No domicílio também foram utilizadas as duas técnicas de registro das informações, mas as gravações foram a principal técnica, utilizada na maior parte do tempo em que permaneci com o idoso e seus familiares. Em algumas situações, como durante as refeições e nos momentos em que o idoso apresentava a sua residência, julguei ser inadequado o uso do gravador. Assim, as observações a respeito da residência dos idosos e das refeições foram feitas no bloco de notas, no carro, logo após deixar a residência dos idosos.

As entrevistas foram transcritas literalmente, das gravações ou do bloco de notas, e estas foram divididas de acordo com seus temas. Localizadas as expressões-chave, passei a seguir criteriosamente a técnica de Análise de Discurso, proposto por LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003, p. 47), até a elaboração final do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

## 5.7 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Quando iniciei a análise das informações, realizei a técnica de narrativas; entretanto tive muitas dificuldades para a descrição, nesta técnica de linguagem escrita. Procurei um professor do Departamento de Lingüística da Universidade Federal do Paraná, e esse convenceu-me de que o aprendizado dessa técnica é um processo longo

e que necessitava de conhecimentos de outras disciplinas, certamente não daqueles que eu já apresentava.

Assim, optei pela análise do discurso do sujeito coletivo, quando percebi, ao longo das análises, que os informantes tinham características semelhantes, como: gênero (masculino), classe social, escolaridade e sem dúvida os problemas originados pela doença renal crônica que contribuiriam para uma visão de mundo significativamente próximas. Percebi que a técnica de narrativa inicialmente realizada não me oferecia uma técnica clara de trabalho, ou normas objetivas para que minha proposta, nesse estudo, pudesse ser implementada no meu cotidiano profissional, posteriormente a essa dissertação. A partir do momento em que introduzi a análise proposta por LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003), minha intenção como pesquisa convergente assistencial revelou-se verdadeira.

Nesse contexto, para o tratamento das informações, empreguei a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, provenientes de depoimentos orais e que permite resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema em dado universo (LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003).

O conceito de DSC, segundo LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003, p.15):

é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc. (...) e consiste basicamente em analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos (...) as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões chave; com as expressões chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese na primeira pessoa do singular.

De acordo com os autores supracitados, o DSC representa, portanto, um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhados entre seus membros.

Essa técnica de análise de dados já foi utilizada com sucesso por SIMIONI *et al.* (1997, p. 24), que afirma:

o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social. Consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos social e institucionalmente equivalentes ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é, então, uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social.

Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.

As figuras metodológicas constitutivas da proposta do discurso do sujeito coletivo incluem: expressão-chave, idéia central, e o discurso do sujeito coletivo. Expressão-chave é a transcrição literal de trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos do discurso, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo; idéia central é um nome ou expressão lingüística que traduz o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos (LEFÈVRE & LEFÈVRE 2003).

O discurso do sujeito coletivo então é a reunião em um discurso-síntese das expressões-chave que manifestam a mesma idéia central, de modo que os discursos dos idosos participantes dessa pesquisa foram dissolvidos, para depois se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que expressam a representação social acerca de um determinado tema da coletividade a que pertencem.

Assim, os discursos dos idosos foram submetidos a uma análise de conteúdo que se iniciou pela decomposição desses nas principais idéias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social. Os passos para obter o DSC, após a transcrição literal das entrevistas, foram apresentados por LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003):

- a) leitura do total dos depoimentos coletados em cada entrevista com os idosos.
- b) releitura das entrevistas, respondendo a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas.
- c) identificação das idéias centrais de cada resposta dos idosos participantes.

- d) análise de todas as expressões-chave e idéias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos.
- e) identificação e nomeação da idéia central do conjunto homogêneo.
- f) construção dos discursos do sujeito coletivo, relativos a cada pergunta feita aos idosos.
- g) atribuição de um nome ou identificação para cada um dos discursos do sujeito coletivo, o seguinte código de palavras foi estabelecido: Idoso + (iniciais do nome em sequência aleatória) + idade (em anos). Esses códigos foram utilizados na tabulação dos discursos proferidos individualmente pelos idosos participantes, mantendo essa ordem em todo processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo.

Após seguir o caminho preconizado para obtenção das expressões chave, as orientações de LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003, p. 47), utilizei a seguinte direção.

Para a construção do DSC é preciso seqüenciar as expressões-chave, obedecendo a uma esquematização clássica do tipo começo, meio e fim; ou do mais geral para o menos geral e mais particular. A ligação entre as partes do discurso ou parágrafos deve ser feita através da introdução de conectivos que proporcionam coesão do discurso, como: assim, então, logo, enfim etc. Deve-se também eliminar as repetições de idéias, mas não da mesma idéia, quando expressa de modos ou com palavras ou expressões distintas ainda que semelhantes. Para a construção do DSC, utilizar todo o material das expressões-chave.

#### *5.7.1 As ações de cuidado cultural*

De acordo com a concepção de Leininger (1991, p.42), o enfermeiro com conhecimentos culturais poderá planejar e tomar decisões junto com os pacientes em relação aos três modelos de ação ou decisão que serão avaliados de acordo com as informações obtidas, utilizando a parte superior do modelo do “Sol Nascente”.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, e a partir das informações coletadas nas entrevistas e na visita domiciliar, foi elaborado plano de ações de enfermagem a serem realizadas com os idosos participantes dessa pesquisa. Essas ações serão apresentadas na forma de quadros, na seqüência da situação cultural apresentada. As análises foram efetivadas a partir do discurso do sujeito coletivo, embora as ações tenham acontecido individualmente e pouco tivessem divergido.

As ações foram realizadas nas três modalidades que LEININGER (1991) utiliza para guiar as intervenções baseadas na avaliação dos benefícios e riscos das crenças e práticas culturais. Nesse sentido, se as crenças ou práticas são benéficas ou não representam danos, elas podem ser **preservadas**. Se a crença ou prática podem levar a algum risco, um acordo, possivelmente apoiando a crença, deverá ser negociado, mas sugerindo-se ou **acomodando-se** uma prática mais benéfica. Finalmente, se a prática ou a crença são potencialmente nocivas, a enfermeira deve adotar uma posição mais firme na explicação dos riscos e a pessoa deve ser ajudada no sentido de **repadronizar** a prática anterior por uma mais saudável, reconhecendo-se sempre a autonomia e a decisão da própria pessoa (VASQUEZ, 1999).

## 5.8 CONTEXTO ÉTICO

Os aspectos éticos foram respeitados em todos os momentos deste estudo: na elaboração do projeto, na apresentação à Banca de Qualificação, no encaminhamento ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde, na apresentação do projeto para aprovação na unidade de hemodiálise, na seleção dos participantes e durante a coleta dos dados para o estudo, conforme o roteiro a seguir.

Inicialmente o projeto foi submetido à Banca de Qualificação e, após realizadas as correções sugeridas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, para análise e aprovação.

Recebida a **Carta de Aprovação** do Comitê de Ética (ANEXO 1), apresentei o projeto aos responsáveis pela unidade de hemodiálise escolhida como cenário, esclarecendo que a instituição seria mantida em completo anonimato durante todos os momentos da realização do estudo e assim obtive a assinatura necessária no documento de **Autorização para Realização da Pesquisa** (ANEXO 2).

Após a seleção dos informantes, foi apresentado a cada idoso participante o termo da **Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido** (ANEXO 3), preconizado pelo artigo 35, da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Esse documento era lido juntamente com o idoso participante



e durante sua leitura procurei sanar todas as dúvidas e assegurar ao idoso o conhecimento de todos os momentos do estudo, bem como garantir-lhe a possibilidade de desistência em qualquer momento do pesquisa. Vale ressaltar que, ao chegar ao domicílio dos pacientes, solicitei ao idoso e aos familiares presentes a permissão para utilizar o gravador, e obtive autorização verbal do idoso e dos familiares em todas as visitas domiciliares.

Outro fato importante ocorreu durante a seleção dos participantes. Houve um idoso que, apesar de verbalizar que concordava em realizar a entrevista, demonstrou-se ansioso, até mesmo apresentando elevação dos níveis pressóricos. Nesse momento, foi observado que, apesar de assentir verbalmente com a solicitação, a sua linguagem corporal revelava que ele não concordava em participar do estudo. Entendo que a linguagem corporal deve ser considerada como centro de informações, fato também observado por GAIARSA (1995, p.18), ao afirmar: “um observador atento consegue ver no outro quase tudo aquilo que o outro está escondendo, conscientemente ou não. Assim tudo aquilo que não é dito pela palavra pode ser encontrado no tom de voz, na expressão do rosto, na forma do gesto ou na atitude do indivíduo”.

Destarte, julguei ser prudente agradecer o interesse e dispensar o idoso participante da pesquisa. Percebi que após essa desobrigação o idoso participante ficou mais tranqüilo, porém tornou a colocar-se à disposição de participar, caso fosse necessário.

Excluído esse idoso do estudo, obtive a concordância de cinco idosos em participar do estudo. A eles foi entregue a **Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido do Familiar** (ANEXO 3) explicando que seria necessária a concordância dos familiares para a realização da visita domiciliar. Esse documento foi encaminhado juntamente com o idoso participante para assinatura do familiar antes de iniciar as atividades da pesquisa. Informe também que os nomes dos familiares iriam ser trocados para manter o sigilo. É necessário ressaltar que dos cinco integrantes da pesquisa, dois não possuem esse documento uma vez que residem sozinhos.

Após a entrega dos documentos assinados pelos idosos participantes, as atividades de pesquisa foram iniciadas.

## 6 OS RESULTADOS

Neste ítem apresento as interpretações das informações colhidas neste estudo. Inicialmente apresento a abordagem e a descrição do cenário em que o estudo foi realizado. Em seguida, apresento a maneira utilizada para a abordagem dos pacientes idosos, os dados de identificação dos idosos participantes seguidos do perfil singular.

Exponho a seguir as características individuais dos idosos participantes da pesquisa. Apresento o contexto físico e sociocultural dos idosos de que cuidei. É descrição “sucinta” em relação à grande quantidade de dados levantados durante a visita. Apresento inicialmente os dados levantados através da leitura do prontuário, e em seguida descrevo a visita domiciliar.

### 6.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E ABORDAGEM INICIAL AO IDOSO PARTICIPANTE

A apresentação do projeto foi realizada na clínica escolhida para a realização do estudo, logo após a qualificação do projeto de pesquisa, na reunião administrativa. Essa reunião ocorre mensalmente para discussão dos problemas existentes nas diversas áreas de atuação e proposição de soluções pelo grupo presente, formado pelo administrador geral da clínica, administradora local, gerente de enfermagem, enfermeiras, médicos, assistente social, nutricionista e psicóloga.

Durante a reunião apresentei resumidamente o projeto de pesquisa, dando ênfase aos objetivos do estudo e à metodologia utilizada. O projeto foi aceito prontamente pelos participantes, seguido de posicionamentos tais como:

*“Esse trabalho irá resgatar o lado sensível que estava sumindo da enfermagem”* (D.P 01/08/2005).

*“Será muito bom para os nossos pacientes se pudermos implantar o processo de enfermagem seguindo esse método, tenho certeza que iremos perceber uma adesão muito maior do paciente ao tratamento”* (V.M 01/08/2005).

Fiquei muito feliz pelo interesse demonstrado por toda a equipe no referente a realização do trabalho. Diante da aprovação de todos, a administração local da clínica redigiu um documento assinado pelo administrador geral e pela gerente de enfermagem, autorizando a realização das atividades propostas (ANEXO 2).

A Clínica foi fundada em 1984. Inicialmente se localizava no subsolo de um hospital-escola de grande porte da cidade de Curitiba, estado do Paraná, e possuía oito máquinas de hemodiálise. Há dez anos a unidade foi reestruturada, e reconstruída no segundo andar do hospital, passando a ter vinte máquinas de hemodiálise. A clínica passou ainda por outras duas reformas e, no último ano, foi realizada a pintura das instalações, o que lhe conferiu aspecto agradável. Hoje a Clínica conta com 1.013 metros quadrados, em que se distinguem três espaços principais: **unidades de apoio, sala de hemodiálise e tratamento de água.**

As **unidades de apoio** da clínica contam com a seguinte estrutura:

- *Secretaria*: está localizada na entrada da clínica, tem como objetivo principal o atendimento ao público e a digitação dos dados dos pacientes no prontuário eletrônico individual. A clínica possui duas secretárias com carga horária de oito horas/dia, distribuídos no período das 7 às 18 horas.
- *Administração*: localiza-se em sala em frente à secretaria. A unidade possui uma administradora com carga horária de oito horas/dia, que é responsável pela gestão de recursos financeiros, humanos, físicos e materiais.
- *Copa*: está localizada na entrada da unidade de hemodiálise. Existe somente uma copa, exigindo que pacientes e funcionários utilizem o mesmo espaço para realização de suas refeições. Segundo a administração da unidade, esta encontra-se assim por falta de espaço para construção de outra copa. Para otimizar a utilização do espaço foram divididos os horários de uso entre pacientes e funcionários. Vale ressaltar que o preparo dos lanches dos pacientes é realizado por equipe terceirizada, sendo entregue pela manhã e acondicionado em refrigerador próprio; já o lanche dos funcionários é preparado pela copeira.

- *Sala Multiprofissional*: essa sala é separada por divisórias em dois ambientes, e é utilizada harmoniosamente pelos profissionais de Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Psicologia para a realização de consulta e orientação a pacientes, atividades administrativas e elaboração de relatórios técnico-científicos.
- *Consultório*: é utilizado pelos médicos para consultas e realização de procedimentos, como passagem de cânula e troca de curativos nos pacientes.

A **sala de hemodiálise** ocupa a maior parte da estrutura física da clínica, com cerca de 600 metros quadrados. A sala foi construída utilizando-se um conceito moderno para o trabalho com doentes renais crônicos: sala de hemodiálise com estrutura quadrada, dividida em *Boxes* de Hemodiálise, que são nichos que contêm quatro máquinas de hemodiálise, as cadeiras dos pacientes e uma mesa de apoio para o funcionário. Percebi empiricamente que esse conceito de planta física e disposição dos pacientes facilita a visualização do todo pela equipe multiprofissional, propiciando o cuidado integral de cada paciente e proporcionando a funcionalidade da unidade de hemodiálise.

A clínica tem como base para a sua atuação algumas normas específicas que estabelecem o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise, como, por exemplo, a RDC n.º 154, de 15 de junho de 2004, resolução emitida pelo Ministério da Saúde.

A unidade oferece o tratamento hemodialítico em quatro diferentes turnos. As atividades são desenvolvidas de segunda-feira a sábado, em três turnos de quatro horas, subdivididos no horário das 7 às 19; e o quarto turno, que presta assistência três dias por semana: segunda, quarta e sexta-feira, no horário das 19 às 24.

Os pacientes são divididos por turno de diálise de acordo com a sua sorologia. Nas segundas, quartas e sextas-feiras e os dois primeiros turnos de terças e quintas e sábados todos os pacientes possuem sorologia negativa, ou seja, antígeno da hepatite B, anticorpo contra o HIV e anticorpo contra hepatite C negativos. O terceiro turno das terças, quintas e sábados é reservado aos pacientes portadores do vírus da hepatite C.

Nesta unidade não são atendidos pacientes portadores do vírus da hepatite B, que são encaminhados para outra unidade da rede.

Anexo à Sala de Hemodiálise, localizam-se as salas de reuso. O reuso dos dialisadores e linhas é uma prática comum nas unidades de hemodiálise, defendida por autores como DAUGIRDAS; BLAKE; ING (2003, p. 173), que afirmam: “após o uso de um dialisador, ele pode ser enxaguado para a retirada do sangue, limpo por meio de substâncias químicas, desinfetado e reutilizado. Essa é uma prática segura e eficaz, que é aplicada no tratamento de aproximadamente 80% dos pacientes em hemodiálise nos EUA”. No Brasil, o reuso é prática comum e regida por lei. A Resolução RDC 154, capítulo 5.5, regulamenta: “os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas para o mesmo paciente até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual; ou até 20 (vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático”.

A clínica possui duas salas de reuso, sendo a maior com três máquinas de reuso reservadas para a lavagem e esterilização dos capilares dos pacientes com sorologia negativa; e uma sala menor, com apenas uma máquina para procedimentos com capilares de sorologia C positiva.

Anexo à Sala de Hemodiálise, porém separados por uma parede, encontram-se o Expurgo, que é utilizado para lavagem de pinças e materiais de punção, os sanitários dos funcionários, o depósito de materiais de limpeza e o almoxarifado, onde são encontrados os materiais de consumo utilizados pela clínica.

A sala de **Tratamento de Água** se localiza anexa às salas de hemodiálise, porém com acesso somente pelo exterior da clínica. Nessa sala se encontram os filtros de areia e de carvão, o aparelho de osmose reversa e o reservatório de água tratada. Anexo a essa sala encontram-se o Almoxarifado de Guarda de Solução de Diálise e a Sala de Manutenção.

Em relação aos **Recursos Humanos** a clínica conta com quarenta e um funcionários, assim distribuídos:

- *Equipe de saúde multidisciplinar:* três enfermeiras e vinte e um técnicos de enfermagem com turnos de trabalho de seis horas diárias em escala de

revezamento; quatro médicos com turno de trabalho de quatro horas diárias, também em escala de revezamento; uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga com carga horária de oito horas diárias, responsáveis por atender os quatro turnos de pacientes em hemodiálise.

- *Equipe de apoio*: duas secretárias e uma administradora com carga horária de oito horas diárias, em escala de revezamento para cobertura dos quatro turnos de hemodiálise; três auxiliares de limpeza, também com carga horária de oito horas diárias e escala de revezamento e um técnico de manutenção, com carga horária de oito horas diárias que durante a sua ausência na unidade responde aos chamados, utilizando um serviço de bip.

As atividades da pesquisa realizaram-se de forma gradual. Inicialmente pesquisei no prontuário eletrônico a data de nascimento dos pacientes, uma vez que havia estabelecido como critério para inclusão na pesquisa que o paciente fosse idoso. Utilizei a definição de idoso conforme cita a Lei nº 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu Art. 2º: “Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.”(BRASIL, 1996, p. 12277)

Conversei individualmente com os pacientes idosos, esclareci que a pesquisa faria parte do curso de Mestrado em Enfermagem; expliquei como seriam as ações, realçando os objetivos e a metodologia a ser utilizada, enfatizando a necessidade da realização da visita domiciliar, que seria marcada conforme a disposição de tempo de cada um. Dos seis idosos que faziam hemodiálise no quarto turno, cinco aceitaram participar, entusiasmados e aceitaram prontamente a participação na pesquisa, com falas nos seguintes termos:

*“Vai ser uma honra participar do seu trabalho...”* (A.A, 77 anos, 20/08/2005)

*“Será muito bom participar do seu trabalho, mas será que eu tenho alguma coisa para dizer que vai ser importante?”* (T.L.H, 66 anos, 20/08/2005)

Definidos os idosos participantes, entreguei individualmente os documentos relativos às exigências éticas e expliquei o teor dos documentos, bem como a necessidade destes e solicitei que levassem os documentos para casa, discutissem com o familiar e assinassem os documentos antes de iniciar a pesquisa.

## 6.2 AS INFORMAÇÕES DOS IDOSOS PARTICIPANTES

### 6.2.1 Idoso A. A., 77 anos

As informações pessoais originadas no **Instrumento de Identificação** demonstram que o idoso A.A. tem 77 anos de idade. Mora sozinho em residência própria e é divorciado. Ele não possui religião definida. É formado no curso de direito e sua profissão é delegado de polícia aposentado. Atualmente trabalha como gerente comercial de hotel, com renda de mais de dez salários mínimos.

Quanto as informações referentes ao tratamento hemodialítico, a história de sua patologia teve início em setembro de 2003, quando foi internado com quadro de insuficiência renal aguda, causada por uropatia obstrutiva por refluxo, recorrente de hiperplasia prostática benigna. Iniciou a hemodiálise crônica em 16/10/2003. Não possui comorbidades. Possui fístula arteriovenosa braquiobasílica em membro superior esquerdo, sem problemas para punção. Realiza sessões de hemodiálise duas vezes por semana, nas segundas e sextas, em sessões de 4 horas. As principais intercorrências apresentadas durante as sessões são os episódios de vômitos, ou eventuais faltas às sessões. Apresenta ganho de peso no período interdialítico em torno de 500g. Não apresenta alterações bioquímicas e hematológicas significantes e mantém uso somente dos medicamentos coadjuvantes ao tratamento hemodialítico: Hidróxido de Ferro (100 mg – 1 x por semana), Calcitriol Cápsula (0.25 mcg – 1 x ao dia), Eritropoetina Recombinante Humana Ampola (4000 UI – 2 x por semana). Está inscrito para transplante renal desde 24/05/2004. Geralmente dorme durante a sessão de hemodiálise.

O **Instrumento de análise dos hábitos e modos de vida** foi realizado na visita domiciliar ao idoso A.A. que aconteceu numa tarde de feriado. Ele havia-me dito que esse seria o dia ideal para visitá-lo, uma vez que seria dia santo e ele não iria trabalhar. A visita foi marcada para as quinze horas. A casa localiza-se acerca de oito quilômetros da unidade de hemodiálise. A residência do paciente fica em rua arborizada, conhecida por ser de classe média. Pelo caminho constatei que a região

possui recursos, como supermercado, farmácia e padaria por perto. O bairro é provido de abastecimento de água e esgoto, coleta de lixo e rede elétrica.

Ao chegar, fui atendida pelo Idoso A. A. e percebi que estava suado e com a pele levemente avermelhada, como de pessoa que acabou de fazer exercícios. Ele vestia calça de agasalho, tênis e camiseta:

*“desculpe o mau jeito, mas eu acabei de chegar da caminhada! Ih, menina, eu tenho que andar todo dia, é mais sagrado do que a missa das seis horas. Hoje eu fiz trinta minutos de caminhada, mas no verão eu caminho muito mais.”*  
(Idoso A. A., 77 anos)

O idoso A. A. é homem alto, com cerca de um metro e noventa, corpo magro, pele branca levemente queimada de sol, cabelos totalmente brancos, ondulados, bem cuidados. Usa óculos com aro de metal, para “enxergar de longe”, como ele diz. Ele se locomove dirigindo carro próprio. É pessoa que se expressa com facilidade, fala muito, muitas vezes entusiasticamente, utilizando o corpo para enfatizar os seus pensamentos, evidenciando a ascendência italiana.

A residência do idoso A. A. é própria e é a primeira de um conjunto de sobrados construídos de forma emparelhada, perpendicular à rua. Os sobrados são geminados e na frente desses existe uma rua para o tráfego de carros e pessoas do condomínio. Cada casa tem cerca de noventa metros quadrados, considerando os dois pavimentos e é pintada de verde, com janelas e portas brancas, e segundo o idoso A.A.:

*“esse conjuntinho foi feito nos tempos de vacas gordas para aluguel. Mas agora, morando sozinho, eu peguei uma casa para mim e cedi as outras duas para os meus dois netos, (...) e acho que saí ganhando: ajudei os netos e ainda consegui alguém para cuidar das minhas roupas e da minha casa!”* (Idoso A. A., 77 anos)

O interior da casa é limpo e bem ventilado, piso de cerâmica cinza e paredes brancas. No pavimento inferior do sobrado, localizam-se a garagem, sala, cozinha, lavabo e uma área com churrasqueira ao fundo; no superior, dois quartos grandes e o banheiro. A escada é larga, com piso antiderrapante e tem corrimões, “para evitar acidentes”, segundo o idoso A. A. Os móveis são simples, antigos, mas organizados com bom gosto. Nas paredes há muitas fotografias, principalmente de crianças, que soube depois que se tratava dos filhos e netos. Ao mostrar as fotografias, se pôs a falar longamente dos dois filhos, um homem e uma mulher, sendo que o filho tinha falecido



havia 10 anos. Falando da filha, relatou que costumava utilizar a internet para comunicar-se com ela, uma vez que estava morando há dez anos nos Estados Unidos. Possui quatro netos, dois deles vizinhos no condomínio. Os outros netos moram no estado de Santa Catarina.

O idoso A. A. é divorciado há vinte e dois anos, mas possui uma relação estável há cerca de cinco anos. Ela acompanhou a visita. Era senhora de aparência bonita: alta, de pele clara e de cabelos escuros, aparentando uns cinqüenta anos.

*“É importante ter uma namorada, principalmente como a minha, que é uma mulher muito compreensiva, que me trata muito bem. Moramos em casas separadas, porque com a idade a gente costuma ficar muito 'crica'. Mas saímos muito juntos, viajamos, é muito bom. É importante ter um relacionamento amoroso na terceira idade, eu me sinto muito bem, nós nos equilibramos.”* (Idoso A. A., 77 anos)

Ao retirar-se para o banho, o idoso A. A. deixou-me em na companhia da Maria que aproveitou para falar sobre si mesma, dizendo que era gaúcha, tinha 65 anos, dois filhos e uma meia dúzia de netos. Relatou que havia conhecido o idoso A. A. dois anos após ter ficado viúva. Estava muito sozinha, e amigas começaram a convidá-la a participar de bailes de terceira idade. Já no primeiro baile ela encantou-se com aquele senhor: tão alto, com cabelos tão brancos, e que dançava tão bem. E assim, conheceram-se e já estavam juntos há cinco anos, e, segundo ela, conhecê-lo foi o maior presente que poderia receber da vida. A forma como se conheceram reflete os hábitos de lazer do casal, uma vez que costumavam ir semanalmente aos bailes da terceira idade.

Retornando do banho, o idoso A. A. espontaneamente passou a falar sobre os seus hábitos de higiene e de cuidados com a aparência, o que era perceptível, uma vez que geralmente apresentava-se asseado, barbeado e utilizando roupas e sapatos limpos e de boa qualidade.

*“Eu adoro tomar banho, tomo de dois a três banhos por dia. Normalmente tomo banho pela manhã, antes de sair para o trabalho, e depois de fazer a minha caminhada, no final da tarde. No dia que tem hemodiálise eu tomo banho na hora em que chego.”* (Idoso A. A., 77 anos)

A seguir, a conversa iniciou sobre a prática de exercícios físicos, e o idoso A. A. deixou claro que esse hábito faz parte do seu cotidiano, e que se sente bem ao realizá-lo.

*“Ah, sim, ainda ando, tenho que andar! Faço trinta minutos de caminhada, no verão eu caminho muito mais, faço duas voltas no Parque Barigüi, que fica perto do apartamento da minha namorada. Eu sempre pratiquei atividade física, jogava futebol quando jovem.”* (Idoso A. A., 77 anos)

Os hábitos alimentares puderam ser percebidos através do café que foi servido no final da visita. Na mesa havia chá de ervas e bolachas caseiras de nata, servidos em um bonito jogo de chá de porcelana. Comiam pouco, vagarosamente, conversando enquanto comiam. Conversando sobre alimentação o idoso A.A. se posicionou:

*“a minha alimentação é muito leve. Eu sempre comi pouco, a vida inteira. Sempre fui magro, me mantenho assim ótimamente, fisicamente bem, continuo com a minha alimentação. Não como carne vermelha, tenho uma alimentação muito selecionada... eu mesmo através dos tempos fui selecionando a minha alimentação. O que faz bem e o que não faz. Eu posso ficar sem comer qualquer coisa... O forte sou eu, não é a comida!”* (Idoso A. A., 77 anos)

*“ele come muito pouco. No começo eu achava que ele não gostava da minha comida, mas depois eu percebi que ele sempre come muito pouco. Às vezes eu preparo a comida, mas só à noite e nos finais de semana; no mais, ele está sempre comendo fora em restaurantes ou no hotel”* (Maria, 65 anos).

Os hábitos com a ingesta hídrica foram discutidos a seguir. Já tinha percebido que o idoso A. A. havia servido com o chá somente a metade da xícara, já demonstrando o costume de limitar a quantidade de líquido a ser ingerido. Quanto à ingestão de líquidos, o idoso A.A. fala com franqueza:

*“nunca fui de gostar de bebidas alcoólicas, a não ser socialmente. Não bebo cerveja, não gosto de leite, e eu estou com hábito de tomar muito chá. Eu me sinto bem tomando pouco... eu sei o que me faz mal, eu sei o que eu posso fazer e o que eu não posso fazer, eu sei que se eu beber além do que eu posso, vou passar mal e eu não quero isso!”* (Idoso A. A., 77 anos)

Tendo terminado as observações pertinentes ao estudo, ainda conversamos um pouco, principalmente sobre as histórias da vida do Idoso A. A. Nesse ínterim, percebi o entrosamento do casal, que ria e fazia piadas sobre si mesmos e a forma como levavam a vida.

A visita ao idoso A. A. teve duração de quatro horas, e transcorreu de forma descontraída, tranqüila, prazerosa. O casal recebeu-me com satisfação e pude realizar todas as observações e questionamentos necessários para a realização do estudo.

### **6.2.2 Idoso H. A., 62 anos**

As informações pessoais originadas no **Instrumento de Identificação** demonstram que o H.A. tem 62 anos de idade e é casado. Mora com sua esposa e uma neta em casa própria. Relata ser protestante, da religião Menonita. Possui segundo grau completo e sempre trabalhou como representante comercial. Apesar de já aposentado, ainda trabalha em grande indústria de cosméticos em Curitiba, como contato comercial. A sua renda mensal é cerca de cinco salários mínimos.

Quanto às informações referentes ao tratamento hemodialítico, teve início em fevereiro de 2005, após seis meses de tratamento conservador. Teve como diagnóstico quadro de Insuficiência Renal Crônica, causada por Doença Policística Renal. Chegou à unidade já possuindo fístula arteriovenosa na região braquiobasílica, localizada na parte proximal do membro superior direito. Desde a confecção da fístula arteriovenosa, percebeu-se edema em todo o membro superior direito. Em face deste agravo, o idoso foi encaminhado para realização de ultra-sonografia. Foi diagnosticada estenose da veia subclávia e realizou-se cirurgia vascular para correção. Após a cirurgia, o braço voltou ao estado e tamanho normais, porém o idoso ainda apresenta receio em movimentar o braço. Realiza tratamento hemodialítico três vezes por semana, com duração de três horas e trinta minutos cada sessão. Apresenta aumento médio de peso de dois quilos do peso seco durante o período interdialítico. Não apresenta alterações hematológicas, porém apresenta hiperfosfatemia relacionada à não-adesão dietética e medicamentosa. Mantém uso somente dos medicamentos coadjuvantes ao tratamento hemodialítico: Hidróxido de Ferro (100 mg – 1 x cada 15 dias), Calcitriol Cápsula (0.25 mcg – 1 x ao dia), Eritropoetina Recombinante Humana Ampola (4000 UI – 2 x por semana) e Cloridrato de Sevelamer comprimido (800 mg – 3 cp/dia). Está inscrito para transplante renal, e está realizando os exames de compatibilidade para doador vivo (esposa). Durante o tratamento hemodialítico não apresenta queixas, não

apresenta intercorrências. Porta-se normalmente lendo um livro durante toda a sessão de hemodiálise.

O **Instrumento de análise dos hábitos e modos de vida** foi realizado durante a visita ao Idoso H. A. que foi realizada num sábado à tarde. Ele havia pedido que a visita ocorresse no final de semana, uma vez que trabalha em horário comercial. Reside num bairro tradicional em Curitiba, onde tem muitas casas antigas, algumas de madeira, e muitas árvores, proporcionando sombra em quase toda extensão da rua. O bairro é urbanizado, possuindo coleta de lixo, água encanada, rede de esgoto e luz elétrica. No trajeto até a residência, não encontrei nenhum estabelecimento comercial.

A casa tem cerca de 120 m<sup>2</sup>, térrea, de construção antiga, e parecia recentemente pintada de um bonito tom de azul. Na frente da casa, uma varanda aberta que dá acesso a um quintal grande, com muitas plantas, flores, ervas medicinais, cuja mistura desorganizada passa a sensação de acolhimento.

A recepção pela família do idoso H. A. foi muito calorosa, sendo perceptível que abraços fazem parte do hábito da família. Na minha visita, estavam presentes todos os moradores da casa: o idoso H. A., sua esposa Carla, de 56 anos, com quem é casado há trinta anos, e sua neta Patricia, de dezesseis anos, que mora com eles há cinco anos.

O idoso H. A. é homem de altura mediana e peso adequado à sua altura. Tem a pele clara, olhos castanhos e cabelos totalmente grisalhos. Utiliza óculos para leitura. Para locomover-se, dirige seu próprio automóvel. A constituição física dos outros membros da família acompanha as características do paciente: são de estatura mediana, tez clara e apresentam olhos e cabelos castanhos. O idoso H. A. é pessoa comunicativa, culta, agradável, e demonstra tranquilidade na sua maneira de falar e de gesticular. A família tem o mesmo padrão de comportamento, são comunicativos e agradáveis.

O interior da casa é consoante com o que se vê no exterior. Além da garagem, a casa tem oito peças, todas amplas, decoradas com móveis, tapetes, cortinas, folhagens e quadros harmoniosamente colocados. O idoso H. A. aproveitou para contar a sua história:

*“essa casa foi construída quando os meus filhos eram pequenos. Tínhamos quatro filhos, e naquela época a casa parecia pequena, porém quando se casaram e foram embora, a casa parece monstruosamente grande. Graças a*

*Deus, a Patrícia veio morar conosco e tirar um pouco da solidão” (Idoso H. A., 62 anos).*

A entrevista foi realizada durante o café que foi preparado na varanda da casa. A família costuma pôr a mesa e realizar todas as refeições juntos. Na refeição de que participei, a mesa estava fartamente posta com frutas, como laranja, maçã e uvas, pães, frios, café, leite e suco. Durante o café, percebi que o paciente tinha o hábito de alimentar-se rapidamente, e em grande quantidade. Todos comeram rapidamente, mastigando pouco os alimentos e ingerindo grande quantidade de líquidos durante a refeição. O idoso H.A aproveitou para dar a sua opinião sobre alimentação:

*“eu não consigo fazer dieta. Comer, para mim, é muito importante, eu adoro comer. Eu saio todos os dias correndo da indústria para almoçar em casa. Você precisa comer a comida da minha mulher! É maravilhosa. Graças a Deus, não engordo, porque eu como muito mesmo. E como de tudo, principalmente carne, mas também leite, ovos, frutas, e nunca senti nada de diferente. Eu sei que você e a nutricionista já me falaram sobre o que posso comer e sobre o que não posso, mas mesmo assim fui testando. Um dia comia uma fruta, outro dia comia outra, para ver se eu passava mal com alguma coisa, e o meu teste deu certo, percebi que nada me faz passar mal” (Idoso H. A., 62 anos).*

*“Eu não tenho restrição hídrica, eu tenho aquela coisa que o Dr. X disse... como é mesmo o nome? É um pouco de função renal com você entendeu<sup>4</sup>... o que acontece é que eu ainda urino normalmente, acho que até mais do que eu urinava antigamente” (Idoso H. A., 62 anos).*

Durante a entrevista, por várias vezes, Carla demonstrou preocupação com a saúde do idoso H. A. e realizar ações que tendiam ao cuidado deste:

*“eu acho que ele devia se cuidar mais, acho que ele devia fazer o que vocês dizem, mas ele é muito teimoso, fica testando as coisas com ele mesmo, até a hora que der um problema maior... Eu já não falo mais nada, já desisti de insistir!” (Carla, 56 anos).*

O Idoso H. A., assim como todos os membros da família, possuíam hábitos de higiene e de cuidados com a aparência. Usavam roupas simples, como calças jeans, porém de boa qualidade, limpas e asseadas. O idoso H.A. Começou a falar sobre os seus hábitos de higiene:

*“eu tomo banho todos os dias, de manhã e à noite, faça chuva ou faça sol. Cuido bastante dos meus dentes, vou sempre ao dentista, escovo diariamente,*

---

<sup>4</sup> O paciente referia-se à função renal residual.

*uso fio dental... tenho horror da possibilidade de perder os meus dentes.”*  
(Idoso H. A., 62 anos)

Durante a discussão sobre o hábito de realizar exercícios físicos regularmente, o Idoso H. A. enfatizou que o tratamento hemodialítico havia interferido de uma forma muito pontual e negativa, uma vez que, devido à fístula arteriovenosa, não se sentia à vontade para realizar as atividades costumeiras. O idoso H.A. Sentiu-se à vontade para falar sobre as atividades físicas que costumava fazer:

*“Antes de começar a hemodiálise, eu jogava futebol toda semana com os meus amigos, mas depois que eu fiz a fístula e o meu braço começou a inchar, eu tenho medo de jogar futebol. É um jogo que acaba sendo meio violento, né? Tenho medo de cair, e de parar a fístula, de inchar o braço... agora eu não consigo achar alguma coisa de que eu goste tanto... por exemplo, eu odeio academia, andar também é meio chato... principalmente sem companhia,... e a moça aí (disse, referindo-se a Carla) também não gosta de andar, então eu fico nessa paradeira...”* (Idoso H. A., 62 anos)

A visita ao idoso H.A. foi apazível, teve a duração de duas horas e meia. Durante esse período foi possível realizar todas as observações e questionamentos necessários à pesquisa.

### **6.2.3 Idoso G.A.A., 61 anos**

As informações pessoais originadas no **Instrumento de Identificação** demonstram que o idoso G.A.A. tem 61 anos e é casado. Não tem religião definida. Possui segundo grau completo; embora aposentado, ainda atua como comerciante, e possui renda mensal acima de vinte salários mínimos. Reside com a esposa e um filho solteiro, em casa própria.

As informações sobre o tratamento hemodialítico são que ele iniciou em abril de 1992, contando com 165 meses de hemodiálise ininterruptos. A Insuficiência Renal Crônica tem como causa base a Glomerulonefrite Crônica, realizando tratamento conservador por três anos, antes de iniciar o tratamento hemodialítico. Realiza sessões de hemodiálise três vezes por semana, às segundas, quartas e sextas-feiras, com duração de três horas e meia. Possui a mesma Fístula arteriovenosa que foi construída no início do tratamento que, apesar de apresentar duas estenoses, não necessita de correção. Costuma apresentar episódios de hipotensão durante a sessão de hemodiálise,

geralmente relacionada ao fluxo de sangue acima de 300 ml/min. Apresenta exames hematológicos adequados, porém hipercalcemia relacionada ao uso de quelante de fósforo em pó, uma vez que se recusa a utilizar o quelante em forma de comprimidos. Não tem interesse em inscrever-se para transplante renal. Apresenta-se ansioso durante toda a sessão de hemodiálise, exigindo a presença constante de um profissional ao seu lado.

**O Instrumento de análise dos hábitos e modos de vida** foi realizado na visita para o idoso G.A.A.; foi marcada por três vezes antes que eu pudesse realizá-la. No dia anterior ao dia marcado para primeira visita, a mãe do paciente, que contava noventa anos, teve infarto e foi internada; duas semanas depois, dada a melhora e estabilização de sua mãe, marcamos novamente a visita, que não pôde ser realizada devido a uma viagem por motivos profissionais do paciente. A terceira visita foi marcada às pressas, o idoso G.A.A. me telefonou e marcou o encontro para daí a uma hora, e só assim conseguimos encontrar-nos.

O paciente reside numa casa nas imediações do hospital, onde realiza o tratamento hemodialítico. A visita foi marcada para uma quarta-feira, às 16:00, horário bem próximo do início da hemodiálise. O bairro é muito bonito, de classe média alta. Do portão percebi que a casa era térrea, grande, com quintal gramado em toda a lateral onde se vêem algumas árvores frutíferas. Havia dois cachorros de grande porte, que aparentam certa hostilidade, uma vez que rosnaram por causa da minha presença.

Toquei a campainha e o idoso G.A.A. veio receber-me no portão. Apesar de ele não ter verbalizado, percebi certo mal estar do paciente quanto à minha presença, como se a visita fosse uma obrigação para ele, com a finalidade de “certo tipo de inspeção” que eu iria fazer na sua residência.

Na sala a esposa, que se chama Fátima, me esperava; eu já a conhecia da unidade de hemodiálise e ela se portou gentil e educada, como em todas as vezes em que eu havia conversado com ela.

O idoso G.A.A. é homem de altura mediana e magro. Tem a pele clara, olhos verdes e cabelos totalmente grisalhos. Utiliza óculos para miopia. Para locomover-se dirige seu próprio automóvel. A esposa apresenta constituição física bem diferente do

idoso. É baixa e é obesa, tem a tez morena e olhos e cabelos pretos. O idoso G.A.A. é uma pessoa séria, pouco comunicativa e demonstra certa irritação quando questionado.

A casa certamente possuía mais de duzentos metros quadrados. Era de nível social privilegiado, com ambientes amplos e claros, algumas paredes coloridas contrastando com outras brancas. Os móveis modernos contribuíam para o ambiente sofisticado. Senti-me deslocada naquele ambiente e constrangida por realizar a entrevista, de modo que tentei ser o mais concisa possível.

Como eu não tinha tido nenhuma abertura, iniciei perguntando sobre os hábitos alimentares e a resposta foi a seguinte:

*“Eu só como o que posso comer, sigo a risca as instruções de uma nutricionista que me acompanhava desde do início da hemodiálise e que até hoje me acompanha, porque eu não confio em qualquer uma recém-formada que vem me atender. A minha esposa prepara todos os alimentos de uma forma muito rígida, os legumes são postos de molho nas vasilhas verdes no dia anterior a serem preparados, isso é para diminuir a quantidade de potássio que existem nos legumes. Leite e queijo como bem pouco, e frutas só uma por dia”* (Idoso G.A.A., 61 anos).

Com a primeira fala, já percebi que ele iria restringir-se a responder àquilo que eu queria ouvir, percebi que ele já possuía toda uma organização para atender o seu tratamento. Enquanto isso, a esposa não se mexia, nem emitia opinião. Com o objetivo de quebrar o gelo, eu comecei a elogiar o interesse dela em cuidar do marido, em estar sempre na clínica, em participar da entrevista. Fátima sorriu, e o idoso G.A.A. 61 anos replicou:

*“eu acho que o marido é o esteio da família, tive altos e baixos na vida, mas a minha esposa nunca precisou trabalhar então a função da minha esposa é cuidar de mim e dos nossos filhos. E realmente tenho que elogiar porque ela faz esse trabalho muito bem feito”* (Idoso G.A.A., 61 anos).

Continuando a entrevista, passei a perguntar sobre a ingestão hídrica, e ele explicou:

*“eu não tenho função renal residual há uns oito anos, de forma que o meu líquido é muito restrito. Tenho os meus copos de 100ml, que são só meus e me controlo com eles. Tanto que normalmente de uma diálise para outra eu só ganho um litro, um litro e meio”* (Idoso G.A.A., 61 anos).

Sobre os hábitos de higiene e exercícios ele limitou-se a responder:



*“acho que meus hábitos são normais, como de qualquer um, tomo banho todos os dias, escovo os dentes, corto o cabelo. Acho que isso é normal, não é? De anormal, que veio junto com a doença foi o hábito de passar creme pelo corpo após o banho que senão a pele fica muito seca. Quanto a exercícios, eu não faço muita coisa, consigo andar de vez em quando, mas não sempre”* (Idoso G.A.A., 61 anos).

Considerando o horário avançado, para que o paciente e eu fôssemos para a sessão de hemodiálise, terminei a entrevista, apesar de não acreditar que tivesse sido proveitosa para o paciente. A visita ao idoso G.A.A. não durou mais que uma hora, e transcorreu de forma tensa, tanto para o paciente como para mim. Não consegui fazer todas as observações e questionamentos necessários para a realização do estudo.

#### **6.2.4 Idoso P.L., 65 anos**

As informações pessoais originadas no **Instrumento de Identificação** demonstram que o idoso P.L., tem 65 anos e é divorciado. Sua religião é budista. Possui curso superior, graduado como economista, e hoje é aposentado como funcionário público federal. Sua atividade hoje é administrar os bens acumulados durante a vida, que descreve como sendo umas três casas de aluguel, duas chácaras e a sociedade de uma fazenda. Possui renda mensal variável, porém acima de vinte salários mínimos. Reside sozinho.

Iniciou tratamento hemodialítico em janeiro de 2001. A Insuficiência Renal Crônica tem como causa base Glomerulonefrite Crônica,. O paciente foi submetido a um ano de tratamento conservador antes de iniciar o tratamento hemodialítico. Realiza sessões de hemodiálise três vezes por semana: às segundas, quartas e sextas feiras, com duração de quatro horas. Possui FAV radiocefálica, sem alterações. O idoso foi alcoolista durante vinte anos, com ingestão principalmente de fermentados. Relata que hoje está curado da dependência do álcool, porém eventualmente chega à unidade com aparência de alcoolizado e é possível perceber o odor característico de álcool, quando ele verbaliza; porém, quando questionado sobre a ingestão de bebida alcoólica, nega veementemente. Durante o período interdialítico geralmente apresenta ganho de 5% a 6% do peso seco e na primeira diálise da semana em torno de 8% do peso seco. Durante o tratamento hemodialítico apresenta episódios de hipotensão severa. Não

falta às sessões de hemodiálise, porém eventualmente tenta barganhar diminuição no tempo de hemodiálise prescrito. Apresenta exames hematológicos adequados, porém hipercalcemia e hiperfosfatemia relacionadas à não adesão à dieta e aos medicamentos. Está prescrito uso dos medicamentos coadjuvantes ao tratamento hemodialítico: Hidróxido de Ferro (100 mg – 1x cada 15 dias), Calcitriol Cápsula (0.25 mcg – 1x ao dia), Eritropoetina Recombinante Humana Ampola (4000 UI – 2x por semana) e Cloridrato de Sevelamer comprimido (800 mg – 3 cp/dia), além de anti-hipertensivo e ansiolíticos. Está inscrito para transplante renal desde o início do tratamento hemodialítico. Normalmente dorme durante a sessão de hemodiálise, ou conversa com os pacientes à sua volta.

O **Instrumento de análise dos hábitos e modos de vida** foi construído na visita domiciliar ao Idoso P.L. que foi realizada na manhã de uma quinta-feira. Ele havia-me dito que a visita poderia ser durante a semana, uma vez que ele não tinha horário para trabalhar. Seu domicílio era no centro de Curitiba, no quarto andar de um belo edifício em frente a uma praça da cidade. O local onde morava era privilegiado em infra-estrutura havia mercados, farmácias, escolas, academias a poucos quarteirões de distância do domicílio do paciente.

Chegando ao edifício, o porteiro já me aguardava e me encaminhou ao apartamento do idoso P.L.. Chegando ao apartamento, ele já me esperava na porta, com certa ansiedade, demonstrando já estar me esperando há algum tempo.

O idoso P.L. é homem de estatura mediana, e peso adequado à sua altura. Tem cabelos e olhos castanhos. Locomove-se dirigindo o seu próprio automóvel. Apesar da postura reservada, é pessoa que sabe “sorrir com os olhos”. É agradável, possui diálogo fácil e palavras cultas. O idoso P.L. vive sozinho há mais de trinta anos, desde que se separou, há trinta e dois anos. Relata:

*“Eu tenho uma namorada há dezoito anos, mas nunca deixei de ‘namorar por aí’ ” (P.L., 65 anos).*

E nesse tempo em que morou sozinho, organizou a sua vida e desenvolveu hábitos próprios de vida, de forma que relata que hoje não seria mais capaz de morar com ninguém, não possui parentes próximos para caso de urgências, e relata que no

caso de necessidade a namorada é quem faz o seu cuidado, após contato telefônico, conforme disse:

*“Moro sozinho, vivo sozinho, me cuido sozinho, eu me basto!”* (P.L., 65 anos).

O apartamento tinha cerca de setenta metros quadrados, arejado e com grandes janelas que permitiam visualizar o parque. Havia muitas plantas, a maioria delas cactus e algumas samambaias. Os móveis eram muito antigos, clássicos, escuros. No chão tinha muitos tapetes, e nas paredes estantes abarrotadas de livros. A maioria sobre economia, mas muitos sobre auto-ajuda, romances e budismo.

O idoso disse que habitualmente tomava café no hotel próximo à sua casa, porém quando havia “visitas”, gostava de preparar o café ele mesmo. A mesa estava posta com variedade de alimentos: café, leite, ovos, queijos, pão e suco de laranja e no centro um vasinho de flores com margaridas.

Percebi que o idoso alimentava-se bem devagar, colocava pouca comida de cada vez no prato e não repetiu nenhum item. Porém provou porções de tudo o que havia na mesa, saboreando cada pedaço. E dizia:

*“Eu aprendi desde criança que devo comer o necessário, não tudo o que se quer. Mas depois que eu fiquei velho, doente, e descobri que a vida tem fim, passei a comer bem, das coisas de que eu gosto. Eu acho que a gente deve sempre ter a possibilidade de comer as comidas de que a gente gosta, porque esse é um dos maiores prazeres da vida. E só como o que eu gosto, o que eu não gosto, eu não como!”* (P.L., 65 anos).

Os hábitos de ingesta hídrica também foram observados durante a refeição feita. Observei que independentemente da variedade de líquidos postos à mesa, ele havia-se servido somente de água pura. Perante a minha surpresa, disse:

*“para mim agora é importantíssimo beber água, antes eu gostava muito de cerveja, agora eu não posso beber cerveja, então eu quero beber água, mas é tão restrita a minha água que eu acho a melhor bebida do mundo. Eu fui alcoólatra durante trinta anos e hoje não posso beber nem água, pelo menos sarei do alcoolismo. Eu comecei a gostar de água depois que eu fiquei renal, que é só não poder beber que a gente passa a achar a bebida perfeita. Antes, água para mim era só para apagar o fogo do álcool que eu bebia (risos)”* (P.L., 65 anos).

O idoso P.L. vestia-se de forma esportiva, calça estilo cargo, tênis e camisa pólo. Apresentava-se barbeado, asseado, com gel nos cabelos, e bastante perfumado. Sobre os hábitos de higiene, afirmou:

*“eu gosto muito de tomar banho, tomo banho diariamente, tomo banho quente, gosto de fazer sauna, faço sauna no clube. Eu não tenho todos os meus dentes, devo ter uns 60% a 70% dos meus dentes, o restante é só prótese, fui perdendo os dentes com a vida, não foi por batida nem choques nem nada, desde que eu comecei a diálise não perdi mais nenhum dente”* (P.L., 65 anos).

Durante a discussão sobre o hábito de realizar exercícios físicos o idoso P.L. enfatizou que a prática de exercícios físicos é costume que adquiriu na juventude. E desde então não consegue ficar sem atividade física, afirmando:

*“eu pratico ioga e ando. Ioga é duas vezes por semana e andar... umas três vezes por semana. Uma hora de ioga e uma hora andando. Na ioga eu pratico posições, existem sete tipos de ioga, a ioga que envolve físico, como a minha, exige muita respiração, respiração profunda, respiração curta e rápida, e tudo combinado com posições. A ioga não é só para o corpo, é um exercício para a cabeça... lá eu pratico a paciência, o desprendimento, esse exercício te dá uma energia muito grande, quando eu pratico ioga não fico doente”* (P.L., 65 anos).

A visita teve duração de cerca de três horas, e foi possível realizar os questionamentos e observações necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

#### **6.2.5 Idoso T. L. H., 66 anos**

As informações pessoais originadas no **Instrumento de Identificação** demonstram que o idoso T.L.H. tem 66 anos de idade e é casado. Não possui religião definida. Possui segundo grau completo. Sua profissão é taxista e, embora esteja aposentado, eventualmente ainda trabalha com o táxi que possui, sendo que sua renda mensal gira em torno de cinco salários mínimos. Reside com a esposa e o filho mais novo em casa própria.

Iniciou o tratamento hemodialítico em fevereiro de 2003, dando entrada no Pronto Socorro após uma crise urêmica. Teve como diagnóstico quadro de insuficiência renal crônica, causada por nefropatia diabética. Apresenta fístula arteriovenosa braquiobasílica, em membro superior direito. Desde o início do tratamento foram construídas três fístulas, que foram desligadas por dificuldade de

punção. Realiza tratamento hemodialítico três vezes por semana, com duração de quatro horas cada sessão. Apresenta variação média de peso de 3% do peso seco durante o período interdialítico. Não apresenta alterações hematológicas ou bioquímicas, mantendo a taxa de glicose estabilizada em torno 110 mg/dl. Mantém uso dos medicamentos coadjuvantes ao tratamento hemodialítico: Hidróxido de Ferro (100 mg – 1 x cada 15 dias), Calcitriol Cápsula (0.25 mcg – 1 x ao dia), Eritropoetina Recombinante Humana Ampola (4000 UI – 2 x por semana) e Cloridrato de Sevelamer comprimido (800 mg – 3 cp/dia) e anti-hipertensivos: Atenolol comprimidos (50 mg – 2 cp/dia), Captopril comprimido (50 mg – 2 cp/dia). Não está inscrito para transplante renal, devido ao Índice de Massa Corpórea (IMC) aumentado (34,77). As principais intercorrências que apresenta durante o tratamento hemodialítico são cefaléia, náuseas e vômitos. Durante a sessão de hemodiálise costuma ver televisão e conversar com os outros pacientes

A visita ao Idoso T. L. H., 66 anos, foi realizada no horário do almoço de um domingo. A data foi marcada por conta da insistência do paciente em que eu fizesse a visita numa ocasião em que toda a família estivesse reunida.

O **Instrumento de análise dos hábitos e modos de vida** foi construído na visita ao domicílio do paciente, T.L.H. que se localiza em pequena cidade da região metropolitana de Curitiba, em rua de paralelepípedos. Pelo caminho observei que, apesar de ser região simples, possui boa infra-estrutura, e encontrei várias lojas comerciais, um supermercado e uma farmácia nos arredores da residência do paciente. O bairro possui abastecimento de água, coleta de lixo e rede elétrica. O bairro não possui rede de esgoto, e cada casa possui fossa séptica.

A casa é térrea, pequena, com cerca de cinquenta metros quadrados, pintada de amarelo, com grades em todas as janelas, e uma varanda que circunda a casa em toda a extensão. Na frente, há um pequeno canteiro com algumas verduras, como couve e alfaces. O canteiro parece muito bem cuidado, e as folhas úmidas, apesar do tempo seco. Uma cerca de arame separa o canteiro da calçada, certamente para proteger as plantas do pequeno cachorro, que latia à minha chegada.

Ao chegar, fui recebida pelo Idoso T. L. H. e por Cristina, de 67 anos, sua esposa há 42 anos. O Idoso T. L. H. é um homem de baixa estatura, obeso, de cabelos e barbas brancas. Locomovia-se dirigindo o seu próprio automóvel. Vestia-se com simplicidade: calça, camiseta e chinelos, mas com roupas limpas.

O interior da casa possui móveis simples, desgastados pelo tempo e pelo uso. Piso de cerâmica. Percebia-se o esforço em manter a residência limpa e arrumada. Cortinas de tecido simples combinavam com a toalha da mesa. Enfeites de porcelana em toda a residência.

Participaram do almoço, além do paciente e da esposa, o filho solteiro que residia junto com eles, e os outros dois filhos casados, com suas respectivas esposas. Aquela família, apesar de receptiva, pareceu bastante acanhada com a minha presença. Percebi que a visão deles em relação à minha pessoa era como se fosse uma autoridade que estivesse lá para conferir se estavam cuidando adequadamente do Idoso T. L. H. e para impor modificações na forma como esses tratavam do pai/marido.

Os hábitos alimentares foram percebidos durante a refeição que realizei com a família. O almoço foi servido na mesa da cozinha da casa: churrasco, maionese, arroz, salada, cerveja e refrigerantes. A comida deles tinha um sabor diferente, muito gostosa, com ervas diferentes em todos os pratos. Soube depois que Cristina tinha o costume de cozinhar com o mínimo de sal nas comidas, por conta da condição de hipertenso do seu marido.

*“Quando o idoso T. L. H., 66 anos começou a ficar doente com o diabetes 15 anos atrás, eu comecei a fazer poucas massas, e parei de fazer doces, e com isso todo mundo entrou na dança... eu não ia cozinhar somente para ele, então todo mundo, eu, os filhos, as noras, as visitas, todo mundo nessa casa fazia dieta para diabético. Depois veio a pressão alta e daí diminuí o sal, e depois com o rim... tudo tem que ser posto de molho! Mas não pense que é ruim, não! Pra mim, é uma alegria poder cuidar dele, não é mesmo?”*  
(Cristina, 67 anos)

Todos comeram fartamente, rapidamente, conversando pouco durante a refeição, explicando o estado de obesidade dos membros da família. O costume deles era tomar líquidos após a refeição.

*“Eu como por prazer, a alimentação me dá prazer. As doenças que tenho e a minha mulher - querem me tirar esse prazer. Por isso é que a comida aqui em*

*casa tem que ser igual para todos, senão eu morro de vontade e acabo comendo” (Idoso T. L. H. 66 anos).*

*“Já os líquidos, água, essas coisas, eu passo bem sem tomar; café eu tomava muito, mas eu odeio adoçante, e tomar sem doce não tem condições” (Idoso T. L. H., 66 anos).*

Pela dinâmica familiar, parecia que os cuidados com o Idoso T. L. H., assim como com a família toda, estavam ao encargo de Cristina, que parecia orgulhar-se da sua condição de cuidadora. Era perceptível o costume de Cristina em cuidar de cada um dos membros da família, ora dizendo para o filho comer salada, ora chamando a atenção do Idoso T. L. H. quanto aos modos como se comportava e os termos com que falava, principalmente os assuntos concernentes aos hábitos de higiene do paciente, que parecia diferir dos costumes da família.

*“Quanto à higiene, eu não sou muito de banho, não! Só tomo banho mesmo quando a moça aí pega no meu pé! É que eu sou muito peludo e dá um trabalho dos diabos me enxugar!” (Idoso T. L. H., 66 anos)*

*“Dente eu não tenho nenhum mais. Antigamente, qualquer coisinha - o pessoal já arrancava. Ainda mais eu, que era caminhoneiro e vivia aí pelo interiorzão do Brasil. Tinha dor de dente, chegava lá, tacava o boticão nele, e adeus, dor!” (Idoso T. L. H., 66 anos)*

Depois do almoço, todos os membros sentaram-se na varanda onde passaram a tomar chimarrão. Era costume da família tomar chimarrão após o almoço, porque “faz bem para o estômago”, segundo Cristina. Os membros da família também não tinham o hábito de realizar exercícios físicos. As atividades de Cristina eram cuidar da casa e da comida; o filho trabalhava durante o dia como motorista de táxi e estudava no período da noite.

*“Eu não faço nada. Para ser franco, eu passei deitado hoje, só levantei para comer, fico o dia inteiro deitado. Às vezes até dá dor nas costas, cansa. Às vezes eu me animo de andar, ando duas quadras, tenho que me agarrar num poste, num barranco, em alguma coisa, porque me dói muito a coluna, as pernas. Daí uns quinze, vinte minutos, me alivia um pouco e eu vou a pé para casa” (Idoso T. L. H., 66 anos).*

Na ocasião da visita, permaneci cerca de quatro horas na residência do Idoso T. L. H., e foi possível realizar os questionamentos e observações necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

### 6.3 ANÁLISES DAS INFORMAÇÕES DOS IDOSOS PARTICIPANTES

As informações apresentadas a seguir são o resultado das análises dos discursos dos pacientes idosos, ordenados segundo o Modelo Sol Nascente (LEININGER, 1995) perseguido no sentido horário.

#### 6.3.1 Fatores Tecnológicos

Em resposta à questão: **“Como os fatores tecnológicos influenciam a sua vida e o seu tratamento hemodialítico?”**, espontaneamente, os idosos passaram a falar sobre os computadores e a comunicação. Obtive idéias convergentes e foram agrupadas em uma idéia central denominada: **“Acho os computadores maravilhosos e eles facilitaram muito a minha vida.”**

Idéia Central: **“Acho os computadores maravilhosos e eles facilitaram muito a minha vida.”**

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Sem computador era duro de trabalhar, (..) e esses programas como o Messenger facilitaram muito a vida. Uso para falar com os meus clientes, para falar todos os dias com a minha filha e até para procurar namorada nova! Funciona superbem!”*

**H. A., 62 anos** - *“Trabalho diretamente com o computador (...). Já a internet uso para me comunicar, e também uso para receber e-mail, bater papo com o pessoal que tá longe. Agora, interessante foi quando eu estava em tratamento conservador poder usar a internet para pesquisar o que era realmente a hemodiálise, porque a linguagem nos livros é difícil, mas no computador é tudo mais simples.”*

**P. L., 65 anos** - *“Acho os computadores maravilhosos. Tenho um em casa, que uso para pagar contas, ouvir músicas e ler as notícias; de vez em quando uso para me corresponder com o meu médico do transplante, que também é meu amigo... é mais barato do que pagar consulta!”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Acho os computadores maravilhosos. Trabalho diretamente com o computador Sem computador era duro de trabalhar. Tenho um em casa, que uso para pagar contas, ouvir músicas e ler as notícias. Já a internet uso para*



*me comunicar, e também uso para receber e-mail, bater papo com o pessoal que tá longe. Agora, interessante foi quando eu estava em tratamento conservador poder usar a internet para pesquisar o que era realmente a hemodiálise, porque a linguagem nos livros é difícil, mas no computador é tudo mais simples. Esses programas como o Messenger facilitaram muito a vida: uso para falar com os meus clientes, para falar todos os dias com a minha filha e até para procurar namorada nova, funciona superbem e, ainda, de vez em quando uso para me corresponder com o meu médico do transplante, que também é meu amigo... é mais barato do que pagar consulta!”*

O Discurso do Sujeito Coletivo revela que a relação dos idosos participantes dessa pesquisa com a era da informação, diferente do que se pensa e se generaliza, é de harmonia. Uma vez que os idosos participantes dessa pesquisa, mesmo aposentados, ainda desenvolvem atividades profissionais, percebi que há necessidade em dominar os recursos do computador, devido à sociedade ter se tornado informatizada.

Há aproximadamente duas ou três décadas, o idoso recolhia-se ao seu aposento e vivia o resto da vida dedicado aos netos, à contemplação da passagem do tempo pela fresta da janela, a reviver as memórias e relembrar e recontar as lembranças passadas. O idoso não tinha autonomia para realizar as atividades que exigiam conhecimento tecnológico, o idoso precisava sempre de ajuda e acompanhamento para usar caixas eletrônicos, telefones, televisão, videocassetes. Uma explicação histórica é que o idoso do século XXI foi um jovem na década de 40 e 50, e naquela época era praticamente proibido o manuseio de determinados eletrodomésticos, que eram preservados na família como símbolo de *status* dentro do grupo social e familiar, conforme a afirmação de GONÇALVES (2003, p. 57):

os idosos de hoje cresceram tendo de, ao usar um equipamento, fazer parte do seu sistema operacional, como por exemplo, colocar o disco na vitrola e levar, cuidadosamente, o braço da agulha até o início da trilha sonora desejada. (...) Hoje, esses procedimentos, que na maioria das vezes ameaçavam danos físicos aos equipamentos, foram incorporados aos mesmos, restando ao usuário interagir com uma interface homem-máquina, mas segura e prática que podemos caracterizar como o “mundo do passa cartões e aperta botões”.

O DSC demonstra que o idoso conseguiu libertar-se das amarras culturais e inseriu-se tecnologicamente, independentemente da sua condição de idade e de doença. O DSC apresenta um idoso aberto aos novos conhecimentos, que são rapidamente incorporados no cotidiano de vida e trabalho. O computador passou a ser instrumento de trabalho e facilitador de comunicação, em situações laborais, culturais e sentimentais. Essa percepção é corroborada com as reflexões de GONÇALVES (2003, p. 62):

o computador pode ser uma ferramenta valiosa de ajuda ao idoso, podendo ser utilizado como um meio de atualização, informação, relacionamento, distração, utilização de várias atividades, tais como fotografia, desenho, música, turismo, coleção e outros que certamente contribuirão para a sua auto-estima e auto-imagem, afastando-os de estereótipos negativos associados à velhice de antigamente.

MORRIS (1994, p. 547), corrobora essa afirmação:

o advento da tecnologia provê a pessoa da terceira idade com oportunidades para se tornar um aprendiz virtual, fornecendo educação continuada, educação à distância, estimulação mental e bem-estar. A tecnologia possibilita ao indivíduo estar mais integrado em uma comunidade eletrônica ampla; coloca-o em contato com parentes e amigos, num ambiente de troca de idéias e informações, aprendendo junto e reduzindo o isolamento por meio da experiência comunitária. É relevante investigar quais as abordagens adequadas para introduzir o idoso no universo da Informática e construir estratégias metodológicas e educacionais para preparar a população da terceira idade (ativa ou aposentada) no domínio operacional dos recursos computacionais

Computadores e tecnologias da comunicação oferecem potencial de melhorar a interação do idoso com o mundo, provendo-o com as informações e serviços externos a sua residência, e até contribuindo para facilitar a vida das pessoas que têm dificuldade ou dependem de outros para se deslocarem. Os idosos pesquisados vêem a tecnologia computacional favoravelmente e acreditam nos benefícios da aquisição de habilidades básicas para dominar o computador; mas é sabido que, para tanto, será necessário investimento em tecnologias educacionais e no acesso à tecnologia para os idosos.

O discurso do sujeito coletivo demonstrou que os fatores tecnológicos, entendidos pelo idoso participante como a utilização da informática, influenciam positivamente a sua vida e o seu tratamento. O idoso demonstrou-se aberto aos novos conhecimentos, com a utilização da informática, como instrumento de trabalho e facilitador de comunicação e instrumento de lazer. Nesse contexto, considerei que essa

atividade pode manter o bem-estar e estimular o contato social do idoso. Assim, na elaboração das decisões e ações de enfermagem, optei por estimular esses idosos a preservarem esse hábito.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar o computador como forma de comunicação com o paciente.</li> <li>• Estimular a manter e/ou aumentar o uso do computador para programas de orientações e de lazer.</li> </ul>

### 6.3.2 Fatores Religiosos e Filosóficos

Para a análise da influência dos fatores filosóficos e religiosos na vida e no tratamento do idoso renal crônico, apresentei duas questões. A primeira questão: “Você acredita em Deus?” - e para aqueles que responderam afirmativamente à primeira questão apresentei uma segunda questão: **“Como a religião influencia a sua vida e o seu tratamento hemodialítico?”** As respostas foram convergentes e agrupadas em uma idéia central denominada: “A confiança em Deus é tudo na minha vida.”

Idéia Central: “A confiança em Deus é tudo na minha vida.”

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Deus para mim é tudo e acho que o homem foi feito à imagem de Deus; por isso eu acho que Deus está dentro da gente mesmo. Eu mesmo faço as minhas orações, e hoje mais agradeço do que peço, porque, independente de tudo, da idade, da hemodiálise, a vida é um grande presente de Deus.”*

**H. A., 62 anos** - *“Deus é quem me apóia, quem me dá coragem para continuar a viver, porque, você sabe, nessa idade é muito triste a gente precisar dos outros e quando eu comecei a fazer hemodiálise eu achei que ia ficar de cama. Mas, graças a Deus não foi isso, veja só, eu estou ótimo, continuo trabalhando e a minha vida continua como antes.”*

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu já passei por várias religiões. E, depois de todo esse tempo procurando cura, eu aprendi que a cura está na mente da pessoa. Descobri que a doença, a hemodiálise é uma experiência que eu tinha que passar, uma obrigação que eu tinha para essa vida.”*

**P. L., 65 anos** - *“Já prometi mundos e fundos a Deus para parar de fazer isso aqui (hemodiálise). Mas agora eu acho que eu precisava mesmo passar por isso, eu tinha que aprender a ter paciência, e me desapegar um pouco das coisas que eu tinha.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“Deus é meu pai, é tudo para minha vida. Eu confio muito em Deus, rezo muito, e só agora aprendi a agradecer por tudo que Deus faz pela gente, porque acho que, por mais que a gente sofra, a gente ainda é muito abençoado, a gente tá vivo, tem o que comer, quando tem tanta gente que não tem nada.”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Deus para mim é tudo, é quem me apóia, Deus é meu pai, é tudo para minha vida e acho que o homem foi feito à imagem de Deus; por isso eu acho que Deus está dentro da gente mesmo. Deus é quem me dá coragem para continuar a viver, porque, você sabe, nessa idade é muito triste a gente precisar dos outros, e quando eu comecei a fazer hemodiálise eu achei que ia ficar de cama. Já prometi mundos e fundos a Deus para parar de fazer isso aqui, mas agora eu acho que eu precisava mesmo passar por isso, eu tinha que aprender a ter paciência, e me desapegar um pouco das coisas que eu tinha. Descobri que a doença, a hemodiálise é uma experiência pela qual eu tinha que passar, uma obrigação que eu tinha para essa vida. Mas, graças a Deus, eu estou ótimo, continuo trabalhando e a minha vida continua como antes. Eu já passei por varias religiões e, depois de todo esse tempo procurando cura, eu aprendi que a cura está na mente da pessoa. Eu aprendi a confiar muito em Deus, a fazer eu mesmo as minhas orações, e hoje mais agradeço do que peço, porque, independente de tudo, da idade, da hemodiálise, a vida é um grande presente de Deus, rezo muito, e só agora aprendi a agradecer por tudo que Deus faz pela gente, porque acho que, por mais que a gente sofra, a gente ainda é muito abençoado, a gente ‘tá’ vivo, tem o que comer, quando tem tanta gente que não tem nada.”*

Apresentei anteriormente que todos os sujeitos do DSC relatam acreditar em Deus e que dois professam crença religiosa, sendo um budista e outro da religião

Menonita. O DSC demonstra que o idoso que realiza tratamento hemodialítico acredita profundamente em Deus, porém isso independe de crença religiosa.

Na velhice, quando tantas coisas que pareciam válidas são questionadas, surge uma nova compreensão do que é realmente importante e duradouro. A velhice aguça o senso do que é realmente genuíno. O sofrimento e o declínio da saúde podem por muitas vezes abrir os olhos de um homem aos valores imperecíveis e libertar-lhe o espírito para a experiência de uma felicidade mais profunda. (DEEKEN, 1998, p. 68)

A busca de sentido e de significado é uma das necessidades fundamentais do ser humano, que o distingue, até onde nós sabemos, das demais espécies. O ser humano é um ser em relação: consigo mesmo, com seus semelhantes, com a natureza, com a divindade. Essa relação com a divindade faz parte da natureza humana, uma vez que “o contato com o mundo do sagrado permite ao homem vivenciar, de forma mais suave, sua condição de existência, já que não se encara a vida como um eterno construir que se esgota com a morte” (OLIVEIRA, 2002, p. 50).

Para FERRER (2002, p.904),esse é:

...o valor mais alto e importante que confere sentido à existência. Para a pessoa religiosa, este valor é Deus. Para a não-religiosa, este valor pode ser a liberdade, a justiça, a verdade, a humanidade, etc. Mas a pessoa não-espiritual encontra-se centrada em si mesma, de uma maneira míope e egocêntrica. O egocentrismo é o mais oposto a uma genuína espiritualidade.

A vivência da doença na velhice pode contribuir para aflorar o sentimento religioso. O efeito fundamental da religião é alterar o significado de uma doença para aquele que sofre, o que também pode ser considerado como forma de persuasão, uma vez que modifica a visão de mundo do indivíduo. Isso não implica a remoção dos sintomas, mas a mudança dos significados que a pessoa atribui à sua doença ou ainda a uma alteração no estilo de vida (CSORDAS, 1994). A afirmação de FROMM (2003, p. 5) confirma essa reflexão: “acreditam alguns que encontram a resposta num retorno à religião, não como um ato de fé, mas apenas para fugir a dúvidas atroz; não se trata de uma decisão inspirada pela devoção, mas pela necessidade de segurança.”

A experiência de estar com o idoso renal crônico permite inferir que o paciente foca a sua vida em um sentido único: “viver”. Depois que começa o tratamento, sua

vida vira uma rotina, em que cada dia que passa se torna um presente-futuro sem perspectivas e sonhos, deixa de lado suas esperanças pelos obstáculos que enfrenta.

Buscar “forças” para enfrentar e superar uma doença é um comportamento comum observado pelos enfermeiros e toda a equipe de saúde. Diante de quadros crônicos ou terminais, os pacientes recorrem às religiões em busca de conforto e apoio, valorizando mais a existência de Deus.

Entrevistando os idosos e refletindo sobre os fatores religiosos e filosóficos presentes na vida do idoso em hemodiálise, observei que os elementos de religiosidade foram confirmados no discurso do sujeito coletivo pela crença em Deus, independentemente do hábito de frequentar cultos religiosos. A crença em Deus parece influenciar no bem-estar do idoso e estimular a sua vontade de viver, de forma que as ações de enfermagem referentes aos fatores religiosos objetivam estimular os idosos a preservarem esse costume.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular as ações de “credo”.</li> <li>• Estimular os pacientes que têm religião a trazer pessoas para divulgar as diferentes formas de culto, precavendo a imposição de credo</li> </ul>

### 6.3.3 Fatores Sociais e de Parentesco

Ao apresentar a questão: “**Como as relações familiares e sociais influenciam a sua vida e o tratamento hemodialítico?**”, os discursos convergiram em duas idéias centrais, sendo: Idéia Central A: “A família é o esteio da minha vida.” - e Idéia Central B: “Os amigos são importantes... mas a hemodiálise me afastou deles.” :

Idéia Central A: A família é o esteio da minha vida.

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - “*Família para mim é motivo de felicidade, a existência deles me faz continuar, me faz querer ser uma pessoa melhor.*”

**H. A., 62 anos** - “*É tudo na minha vida, e eu continuo batalhando com o trabalho e com a saúde para poder proporcionar uma vida melhor cada dia para eles. O meu maior orgulho é a unidade da minha família.*”

**G. A. A., 61 anos** - *“A minha família é o esteio da minha vida, é o motivo pelo qual continuo lutando, continuo trabalhando. Tudo o que eu aprendi, tudo o que faço é para proporcionar uma vida melhor para a minha família.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“A minha família é quem me cuida, é quem me trata. Significa tudo para mim, significa esperança, tudo de bom é a família. Eu vivo bem com a minha família e isso me faz muito feliz.”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“A minha família é tudo na minha vida, é o esteio da minha vida, é motivo de felicidade, é quem me cuida, é quem me trata. Significa tudo para mim, significa esperança, e a existência deles me faz continuar e eu continuo batalhando com o trabalho e com a saúde para poder proporcionar uma vida melhor a cada dia para eles. A minha família é o motivo pelo qual continuo lutando, continuo trabalhando; tudo que eu aprendi, tudo que faço é para proporcionar uma vida melhor para a minha família, tudo de bom é a família, O meu maior orgulho é a unidade da minha família, e a existência deles me faz querer ser uma pessoa melhor. Eu vivo bem com a minha família e isso me faz muito feliz.”*

A esfera familiar é uma unidade formada de seres humanos ao longo de sua trajetória de vida, cuidando de si próprio e de outros; as maneiras de cuidar variam de acordo com os padrões culturais e se relacionam com as necessidades de cada indivíduo (SARTI, 1993).

O discurso do sujeito coletivo expressa que é na família que se descobrem alternativas e escolhas e onde se forma a consciência do “eu”, paciente com ser particular, e do “nós”, paciente e família. E não apenas forma essa consciência, mas leva à prática uma motivação para sua existência, que é uma das funções básicas da família, modificando a conduta do idoso, mediando uma readaptação ou reeducação para adequá-lo ao meio social do qual participa.

O idoso e a família estabelecem uma relação interpessoal, em que se ajudam e se apóiam, entrelaçando as interações expressivas, que se revestem da forma de reações às situações, criando assim um laço sentimental valorativo.

A família vai ser a concretização de uma forma de viver os fatos básicos da vida, relacionando-se com o parentesco, mas não se confundindo com ele. O parentesco é uma estrutura formal que resulta de relações de consangüinidade entre irmãos; da relação de descendência entre pai e filho e mãe e filho; e da relação de afinidade que se dá através do casamento. Esta é uma estrutura universal, e qualquer sociedade humana se forma pela combinação dessas relações (SARTI, 1993).

No DSC, percebemos que o idoso renal crônico percebe a família como o esteio fundamental para sua vida. O idoso participante convive harmoniosamente com a sua família, sem dependência financeira ou econômica, e faz questão de enfatizar que é o responsável pela manutenção da família. No Brasil, muitos idosos, doentes ou não, são arrimo de família, assim como os idosos participantes desta pesquisa. Apresentamos anteriormente que os idosos que fazem parte do estudo são os proprietários dos imóveis onde viviam e, destes, 60% moravam com o cônjuge e filhos e/ou netos e 40% moravam sozinhos.

Analisando o DSC, percebi que o fato de morar ou não com a família não interfere no significado da família para o idoso. Um estudo realizado por NERI (2001) revelou que a maioria dos idosos que viviam sós não sentia nem isolamento nem solidão. As mulheres que participaram do estudo diziam-se satisfeitas e bem-sucedidas como idosas, já que eram capazes de viver sozinhas. Viver só foi apontado como necessidade da personalidade na velhice: contingência das relações sociais e contingência do ciclo de vida individual. Os filhos foram apontados como seus relacionamentos mais significativos, apesar da baixa frequência de contatos e do desejo de aumentá-los.

Analisando o DSC, percebo que as relações entre o idoso e a família é uma questão de laços afetivos e financeiro: o idoso é o chefe e provedor da família, e a família o circunda por questão sentimental e financeira.

Idéia Central B: Os amigos são importantes; mas a hemodiálise me afastou deles.

**A. A. , 77 anos** - *“É muito importante ter amigos. Amizade é uma coisa a que eu dou muito valor. Tudo passa, mas os amigos ficam.”*



**H. A., 62 anos** - *“Amizade é lealdade. Antes era até mais freqüente encontrar outros amigos, mas agora eu fui me afastando, por causa de tempo, do trabalho, da hemodiálise. É tudo corrido.”*

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu tenho poucos amigos, devido à falta de tempo, porque, para se ter amizade, é necessário que se tenha contatos seguidos, e é difícil na vida que a gente vive, com tanto trabalho, com a hemodiálise, você não pode fazer muita amizade. Os meus amigos hoje estão mais no dia-a-dia.”*

**P. L., 65 anos** - *“Amizade (...) é uma referência, é uma forma de se preocupar e de ajudar alguém cujos laços conosco não são de sangue. É uma coisa que é mão por mão. Eu não tenho andado muito em sociedade, por causa do rim (risos). A gente não pode viajar, a gente não pode participar de muitas coisas por causa da diálise ou a diálise deixa a gente mal (...) eu já perdi muita coisa por causa da diálise (silêncio).”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Amizade (...) é uma referência, é uma forma de se preocupar e de ajudar alguém cujos laços conosco não são de sangue. Amizade é lealdade, é uma coisa que é mão por mão, e a que eu dou muito valor. É muito importante ter amigos, porém eu tenho poucos amigos porque eu não tenho andado muito em sociedade, por causa do rim (risos). Antes era até mais freqüente encontrar outros amigos, mas agora eu fui me afastando, por causa de tempo, do trabalho, da hemodiálise. A gente não pode viajar, a gente não pode participar de muitas coisas por causa da diálise ou a diálise deixa a gente mal. É tudo corrido, e para se ter amizade é necessário que se tenha contatos seguidos e é difícil na vida que a gente vive, com tanto trabalho, com a hemodiálise, você não pode fazer muita amizade. Tudo passa, mas os amigos ficam, e eu já perdi muita coisa por causa da diálise (silêncio). Eu tenho poucos amigos, devido à falta de tempo, então hoje os meus amigos estão mais no dia-a-dia”*

O DSC demonstra que o idoso valoriza as amizades e acredita que a manutenção dos relacionamentos sociais seja benéfica para sua existência, embora culpe o tratamento hemodialítico e os seus agravos pelo seu constante afastamento das pessoas.

O afastamento ocorre por fases, devido ao seu mecanismo de defesa, em que primeiro o paciente passa por um processo, em que se sente inferiorizado em relação à sociedade. Tenta chamar a atenção das pessoas que estão no seu convívio, transmitindo um sentimento de culpa, procurando fazer com que as pessoas vivam o momento dele, priorizando suas atitudes e todos têm que se adaptar à sua nova forma de vida.

Passa para a fase compensação, em que o paciente tenta superar os sentimentos de inferioridade através de outras pessoas ou objetos, espelhando-se nas ações dos outros como suas, ou na racionalização, que consiste em alegar razões plausíveis, mas falsas, para determinado comportamento. Quando chega à fase de racionalização, inclui a projeção, isto é, o indivíduo coloca no outro seus traços de inferioridade. Passando por todo esse processo, se conscientiza de que a adaptação tem de partir dele para a sociedade.

Essas diferentes formas de agir do indivíduo reduz seu sentimento de fracasso perante as outras pessoas.

Esse comportamento é explicado por MARTINS (2001, p. 265), que afirma que “a maioria dos clientes renais possuem dificuldade para lidar com as pressões sociais, que se somam a um grande número de restrições de vida. Os pacientes freqüentemente desistem de eventos sociais para evitar o embaraço de ter de explicar sua doença ou condição”.

Durante o estudo, percebi que o idoso acredita e valoriza os relacionamentos sociais, julga que o relacionamento com outras pessoas pode ser benéfico para si mesmo; porém, por conta da doença e do tratamento hemodialítico, abandona a maioria dos relacionamentos e a vida social. Tendo em vista a interpretação positiva da vida social, para a realização das ações de enfermagem, optei por utilizar uma estratégia de negociação, tentando facilitar a reaproximação social do idoso.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o idoso a retomar a vida social</li> <li>• Orientar o paciente sobre a existência dos tratamentos em trânsito, fornecendo o mapa das unidades existentes e estimulando-o a retomar as viagens a passeio.</li> <li>• Facilitar a participação do idoso em ocasiões sociais, alterando datas e horários do tratamento, quando solicitado.</li> <li>• Orientar (juntamente com os profissionais da nutrição) acerca dos alimentos e quantidades que podem ser ingeridos, quando em ocasiões sociais.</li> <li>• Manter o cuidado com a fístula arteriovenosa, prevenindo aneurismas que podem comprometer a imagem corporal do paciente.</li> </ul>

#### **6.3.4 Valores Culturais, Crenças e Modo de Vida**

Este tema e os discursos que resultaram dele têm o objetivo de identificar a característica cultural do paciente idoso renal crônico que participa deste estudo, assim como o modo de vida de cada um deles. Devido à subjetividade inerente ao tema, este foi desenvolvido durante visita domiciliar.

O envelhecimento, assim como o tratamento hemodialítico, exigem mudanças no estilo de vida e causam modificações corporais e comportamentais nos idosos, decorrentes da condição de doentes crônicos. O enfrentamento dessas situações exige a utilização de estratégias individuais, que constituem desafio para o idoso (KUSUMOTA *et al.*, 2004).

Para a análise da influência dos valores culturais, crenças e modo de vida, no tratamento e na vida do idoso renal crônico, foram realizadas as visitas domiciliares a cada um desses pacientes. Na residência deles passei a observar e questionar os hábitos individuais de cada um. “O enfermeiro pode proporcionar aos idosos os meios necessários para que estes desenvolvam mecanismos para enfrentar a IRC, com vistas a melhorar a sua condição de vida e incentivar a família a participar ativamente do processo” (KUSUMOTA *et al.*, 2004, p. 530).

A visita ao domicílio dos pacientes trouxe muitas revelações no que se refere às expressões e práticas de cuidado do paciente, na forma como eles vêem as

orientações clínicas e como as seguem. Os temas mais discutidos foram divididos em três subtemas, denominados: exercícios físicos, alimentação, e ingestão hídrica.

*a) Subtema 1 - Exercícios físicos*

O desenvolvimento do hábito de praticar exercícios físicos é assunto atual. Os benefícios de tal prática não excluem os idosos nem os portadores de doença renal crônica terminal. Autores como ALMEIDA & RODRIGUES (2003) defendem a prática do exercício físico por idosos como estratégia para a redução da pressão arterial, alertando para o fato de que as pessoas com mais de 50 anos devem ser submetidas a teste ergométrico antes do início das atividades físicas aeróbicas e, caso contrário, devem apenas caminhar.

A prática de exercícios físicos esteve presente nas falas dos idosos apreendidas durante a visita domiciliar. Importante foi a pergunta: **“Fale-me sobre a prática de exercícios físicos”**. Apresento a seguir os trechos das entrevistas que culminaram em duas idéias centrais. Idéia Central A: “Antes eu fazia muito exercício; agora não estou gostando mais”. Idéia Central B: “Eu sempre fiz exercícios e ainda faço.”

Idéia Central A: “Antes eu fazia muito exercício; agora não estou gostando mais”.

Expressões-chave:

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu não estou gostando muito mais de praticar exercícios, (...) antes eu fazia muita coisa, mas agora eu não estou gostando mais, me cansa muito!”*

**H. A., 62 anos** - *“Antes de começar a hemodiálise, eu jogava futebol toda semana com os meus amigos, mas depois que eu fiz a fístula e o meu braço começou a inchar, eu tenho medo de jogar futebol, é um jogo que acaba sendo meio violento, né? Tenho medo de cair, e de parar a fístula, de inchar o braço... agora eu não consigo achar alguma coisa de que eu goste tanto.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“Às vezes eu me animo de andar, ando duas quadras, tenho que me agarrar num poste, num barranco, em alguma coisa, porque me dói muito a coluna, as pernas.”*

Discurso do Sujeito Coletivo 1:

*“Eu não estou gostando muito mais de praticar exercícios. Antes de começar a hemodiálise, eu jogava futebol toda semana com os meus amigos, mas*

*depois que eu fiz a fístula e o meu braço começou a inchar, eu tenho medo de jogar futebol, é um jogo que acaba sendo meio violento, né? Tenho medo de cair, e de parar a fístula, de inchar o braço... Às vezes eu me animo de andar, ando duas quadras, tenho que me agarrar num poste, num barranco, em alguma coisa, porque me dói muito a coluna, as pernas. (...) Antes eu fazia muita coisa, mas agora eu não estou gostando mais, me cansa muito, agora eu não consigo achar alguma coisa de que eu goste tanto.”*

O idoso não conseguiu incluir a prática de atividade física no seu cotidiano, devido às modificações corporais ocorridas pelo processo de envelhecimento natural e pelas modificações ocorridas pela doença. É perceptível também que o idoso se reporta ao período anterior como “antes”, o que pode significar qualquer tempo na sua vida, o que pode ser encarado uma forma de negação às alterações físicas, inerentes ao processo de envelhecimento. Percebo também que o idoso apresenta visível predileção pelas atividades que não podem ser desenvolvidas na sua situação de vida e de doença.

A doença óssea é comum nas pessoas que realizam hemodiálise crônica, conforme afirmam CARVALHO & JORGETTI (2003, p. 722): “aproximadamente 20% dos pacientes dialisados apresentam dores ósseas que geralmente são difusas, progressivas, muitas vezes localizadas na coluna, joelhos, tornozelos e coxas, podendo ser tão intensas, a ponto de levar à imobilidade. Dor e fraqueza muscular ocorrem de maneira isolada ou associadas com dores ósseas.”

Com a realização da visita domiciliar, percebi que a visão de mundo dos pacientes é individualizada, porque, enquanto um grupo insiste em se manter com a visão que tinham do seu corpo no passado, outros idosos percebem a sua condição de vida e de doença e naturalmente *repadronizam/reestruturam* o seu modo de vida para se manterem realizando as atividades que julgam importantes, como pode ser verificado pelos discursos individuais abaixo relacionados, seguido do DSC, cuja Idéia Central denominei: “Eu sempre fiz exercícios e ainda faço.”

Idéia Central B: “Eu sempre fiz exercícios e ainda faço.”

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Eu sempre pratiquei atividade física, jogava futebol quando jovem. (...) Eu tenho que andar todo dia, é mais sagrado do que a missa das seis horas. Hoje eu fiz trinta minutos de caminhada, mas no verão eu caminho muito mais.”*

**P.L, 65 anos** - *“Eu fiz exercícios durante toda a minha vida. Já fiz de tudo, de musculação a hipismo. Hoje pratico ioga e ando. Uma hora de ioga e uma hora andando. Eu gosto, me faz superbem!”*

Discurso do Sujeito Coletivo 2:

*“Eu fiz exercícios durante toda a minha vida, sempre pratiquei atividade física. Já fiz de tudo, de musculação a hipismo, jogava futebol quando jovem. Hoje pratico ioga e ando. Uma hora de ioga e uma hora andando. Eu gosto, me faz superbem! Mas eu tenho que andar todo dia, é mais sagrado do que a missa das seis horas.”*

De acordo com o DSC, é perceptível que a prática de exercícios físicos para esse idoso é questão cultural, é hábito que adquiriu ao longo da vida e que, perante as modificações enfrentadas pelo envelhecimento do corpo e a situação de doença, esse idoso buscou outras formas de manter o seu hábito.

De acordo com o DSC, é perceptível que a prática de exercícios físicos para esses idosos é questão cultural, é hábito que adquiriram ao longo da vida e que perante as modificações enfrentadas pelo envelhecimento do corpo e a situação de doença, esses idosos buscaram outras formas de manter o seu hábito.

Durante a realização desse estudo, percebi que os idosos consideram a prática de exercícios benéfica; porém alguns deles têm o hábito freqüente de praticar exercícios, enquanto outros relatam sentir dificuldade de realizar os exercícios, por não conseguir adequar-se a alguma prática em que possam sentir-se confortáveis. Reconhecendo que a prática de exercícios físicos pode influenciar o bem-estar do idoso renal crônico, optei por realizar ações de enfermagem que preservem o costume daqueles que o têm e tentar negociar a obtenção do hábito de praticar exercícios aos outros idosos.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a prática de exercícios do cotidiano como a manutenção da limpeza da casa e trocar o transporte motorizado por caminhadas</li> <li>• Manter o cuidado com a fístula arteriovenosa, reorientando e reavaliando constantemente com a finalidade de proporcionar mais segurança ao idoso.</li> <li>• Apresentar exercícios leves que devem ser feitos pela manhã ao levantar da cama.</li> </ul>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar constantemente se o idoso continua mantendo o hábito.</li> <li>• Valorizar e estimular a prática de exercícios físicos.</li> </ul>

*b) Subtema 2 - Alimentação*

Um dos principais fatores para assegurar a adequação do tratamento e a prevenção de agravos do paciente em hemodiálise é a correta orientação e a adesão do paciente à dieta prescrita. Para FRAXINO & MARTINS (2001), a hemodiálise impõe uma série de particularidades sobre a dieta, como a necessidade de restrição de potássio, sódio e líquido. Os autores ainda enfatizam que para o idoso pode ser de grande dificuldade aprender as novas restrições alimentares e relacioná-las aos hábitos, de forma que não é incomum encontrar um idoso em diálise, ignorando as instruções nutricionais.

Segundo MARTINS (2001), o paciente renal crônico vive muitas privações, e a dieta torna-se ainda uma carga a mais. As restrições e outras recomendações nutricionais são, provavelmente, a parte mais difícil do tratamento, pois podem alterar o estilo de vida e ir contra as preferências, hábitos alimentares e aspectos culturais do paciente. A alimentação pode, ainda, criar um estresse psicológico considerável, podendo tornar-se obsessão para alguns, com a prática meticulosa das orientações, enquanto outros entram em fases de compulsão alimentar.

Segundo FRAXINO & MARTINS (2001, p. 213):

a nutrição do paciente geriátrico com insuficiência renal é multidimensional. Tanto o envelhecimento quanto a insuficiência renal impõe fatores de estresse fisiológicos, sociais e

psicológicos. A combinação desses fatores coloca o paciente em grande risco nutricional. Inúmeras complicações inerentes ao envelhecimento podem ser minimizadas através do estado nutricional e alimentação adequados. Portanto, é essencial que as causas e necessidades sejam entendidas e incorporadas pelos profissionais da saúde envolvidos com tais pacientes. O cuidado nutricional dessa população é um aspecto importante tanto para o atendimento de enfermidades agudas associadas à insuficiência renal como para complicações em longo prazo.

Durante a visita domiciliar realizada com os pacientes idosos, o tema mais discutido foi a alimentação, tema que apresento a seguir, utilizando a técnica do DSC. Para a realização das análises, agrupei os temas convergentes em duas idéias centrais: Idéia Central A: “Eu não consigo fazer dieta.” Idéia Central B: “O forte sou eu, não é a comida.”

Idéia Central A: Eu não consigo fazer dieta.

Expressões-chave:

**H. A. , 62 anos** - *“Eu não consigo fazer dieta. Comer, para mim, é muito importante, eu adoro comer. E como de tudo, principalmente carne, mas também leite, ovos, frutas e nunca senti nada de diferente.”*

**P. L., 65 anos** - *“Eu aprendi desde criança que devo comer o necessário, não tudo o que se quer. Mas depois que eu fiquei velho, doente, e descobri que a vida tem fim, passei a comer bem, das coisas de que eu gosto. Eu acho que a gente deve sempre ter a possibilidade de comer as comidas de que a gente gosta, porque esse é um dos maiores prazeres da vida. E só como o que eu gosto, o que eu não gosto, eu não como!”*

**T. L. H., 66 anos** - *“Eu como por prazer, a alimentação me dá prazer. As doenças que tenho (...) querem me tirar esse prazer.”*

Discurso do Sujeito Coletivo 1:

*“Eu aprendi desde criança que devo comer o necessário, não tudo o que se quer. Mas depois que eu fiquei velho, doente, e descobri que a vida tem fim, passei a comer bem, das coisas de que eu gosto. Eu como por prazer, a alimentação me dá prazer. As doenças que tenho (...) querem me tirar esse prazer. Eu não consigo fazer dieta. Comer, para mim, é muito importante, eu adoro comer. E como de tudo, principalmente carne, mas também leite, ovos, frutas e nunca senti nada de diferente. Eu acho que a gente deve sempre ter a possibilidade de comer as comidas de que a gente gosta, porque esse é um dos*



*maiores prazeres da vida. E só como o que eu gosto, o que eu não gosto, eu não como!”*

O DSC revela que a alimentação é hábito familiar; porém, diante do envelhecimento e das modificações da vida, o hábito se torna pessoal. Esse discurso demonstra que a alimentação para o idoso em tratamento hemodialítico é fonte de prazer e, diante da doença e da velhice, o idoso passa a se utilizar da condição da conseqüente finitude como motivo para comer as coisas proibidas, e para a não-adesão à dieta. Esse fenômeno é explicado por MARTINS (2001), que afirma que, quando o indivíduo amadurece, sua independência se desenvolve ao tomar ele controle de sua vida. Portanto qualquer situação que não permita a sua independência está ligada a ressentimentos e resistência a mudanças. O adulto e o idoso não gostam de ser colocados em situações em que se sintam tratados como criança, alguém dizendo o que não fazer, nem de se sentirem em condição de menosprezo, punição ou julgamento.

No discurso, notei que o idoso percebe a alimentação como recompensa pela doença e pela idade. E ainda relata não perceber agravos, quando não adere à dieta orientada.

os indivíduos idosos têm o direito de serem informados sobre todos os aspectos do tratamento e da nutrição. A educação nutricional pode ser um grande desafio, mas é essencial no cuidado desses pacientes. Essa não é fundamentalmente diferente daquela fornecida a outros, já que existe sempre necessidade de individualização e adaptação para cada idade e condição de vida. Os idosos podem ser muito receptivos às informações nutricionais e dispostos a mudanças. Portanto, é essencial considerar pontos importantes no aconselhamento nutricional do idoso renal, fornecendo informações e encorajamento, objetivando o sucesso do tratamento e a melhora na qualidade de vida desses indivíduos. (FRAXINO & MARTINS, 2001, p. 221).

Por outro lado, o discurso do sujeito coletivo 2 apresenta uma perceptível diferença de hábitos alimentares, se comparados aos pacientes cujos discursos convergiram no discurso do sujeito coletivo 1. Conforme apresento a seguir, o discurso contido na Idéia Central B demonstra que para alguns idosos o cuidado com a alimentação é um hábito cultivado ao longo da vida.

Idéia Central B: O forte sou eu, não é a comida.

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“A minha alimentação é muito leve, eu sempre comi pouco, a vida inteira. Eu sempre fui magro, me mantenho assim ótimamente, fisicamente bem, continuo com a minha alimentação. Não como carne vermelha, tenho uma alimentação muito selecionada... Eu mesmo, através dos tempos, fui selecionando a minha alimentação. O que faz bem e o que não faz. Eu posso ficar sem comer qualquer coisa... o forte sou eu, não é a comida!”*

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu só como o que posso comer, sempre tive um estômago meio fraco e por isso sempre precisei comer pouco,(...) mas não acho isso ruim, não!”*

Discurso do Sujeito Coletivo 2:

*“A minha alimentação é muito leve, eu só como o que posso comer, sempre precisei, e sempre comi pouco, a vida inteira. Eu sempre fui magro, me mantenho assim ótimamente, fisicamente bem, continuo com a minha alimentação. Não como carne vermelha, tenho uma alimentação muito selecionada... eu mesmo, através dos tempos, fui selecionando a minha alimentação. O que faz bem e o que não faz. Eu posso ficar sem comer qualquer coisa... mas não acho isso ruim, não, o forte sou eu, não é a comida!”*

A partir da observação dos costumes realizada nos domicílios, percebi que os idosos que fizeram parte desse estudo apresentam duas posturas bem diferentes no que se refere à alimentação: um grupo considera a alimentação como hábito e, portanto, facilmente adaptável; o outro grupo encara a alimentação como prazer, o que dificulta as ações de assistência.

O primeiro grupo encara a alimentação como hábito que pode ser reavaliado e readaptado a qualquer momento; e se coloca numa postura “acima” e independente desse hábito; as ações de enfermagem para esse idoso foram realizadas no sentido de estimular a **manutenção desse costume**.

A observação dos idosos do segundo grupo revelou inadequação na qualidade e na quantidade dos alimentos. Percebi que os idosos que mantinham maior dificuldade em manter o peso adequado ( $IMC[5] = < 25$ ) são os mesmos que apresentam como hábito alimentar-se rapidamente, em grandes quantidades, não observando o que

ingerem. Para tanto se fez necessária uma **repadronização** desse hábito, a partir de uma intervenção multidisciplinar da enfermagem com a nutrição. Outra informação importante é que, como esse idoso encara a alimentação como fonte de prazer, as intervenções deveriam ser realizadas cuidadosamente, a fim de evitar conflitos e quebra do vínculo interacional.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	
<i>Preservação do Cuidado Cultural</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorizar a manutenção do peso e elogiar constantemente a forma física.</li> <li>• Estimular o idoso a manter o hábito alimentar.</li> </ul>	
<i>Repadronização do Cuidado Cultural</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juntamente com os profissionais da nutrição, reorientar o paciente quanto ao hábito de alimentar-se vagarosamente, em pequenas porções divididas ao longo do dia.</li> <li>• Treinar com o paciente técnicas a fim de diminuir a ansiedade ao alimentar-se, como, por exemplo: repousar o garfo no prato a cada garfada.</li> <li>• Dividir com o paciente a responsabilidade sobre o ganho de peso e estimular a diminuição do peso, utilizando a técnica do <i>feedback</i> positivo.</li> <li>• Manter o idoso informado sobre os resultados dos seus exames bioquímicos e reorientá-lo mensalmente, com base nos resultados desses exames, acerca dos alimentos que devem ser evitados.</li> <li>• Dialogar com a família e apresentar alimentos e hábitos mais saudáveis.</li> </ul>	

### *c) Subtema 3 - Ingesta hídrica*

Um dos principais cuidados com o paciente em tratamento hemodialítico é a constante orientação sobre o Ganho de Peso Interdialítico (GIPD). Para MARTINS & RIELLA (2003), a recomendação da ingesta hídrica na rotina é de 200 a 500 g/dia, porém os próprios autores reconhecem que essa recomendação pode não ser realista a todos os pacientes, pois é independente de sexo, peso seco, altura, entre outros fatores. Os mesmos autores recomendam, embora esse conceito ainda esteja em pesquisa, que a orientação quanto ao GIPD deva ser em termos relativos, por exemplo, em porcentagem de peso, e nesses termos a orientação seria entre 2 a 5% do peso seco.

Porém a realidade observada diariamente nas clínicas de hemodiálise não é essa. Percebemos que os pacientes raramente aderem às recomendações, e o ganho de

peso, principalmente na primeira sessão de hemodiálise da semana, normalmente ultrapassa os 5% recomendados. E as consequências dessa atitude são descritas a seguir:

a ingestão excessiva de líquido, com conseqüente ganho excessivo de peso interdialítico, também torna o procedimento dialítico mais complicado, com risco de hipotensão, câimbras musculares, náuseas, cefaléia e edema agudo de pulmão. (...) Quando a taxa de ultrafiltração é aumentada para remover o excesso de peso interdialítico (GIPD), o refluxo de plasma presente no espaço intersticial não consegue ser rápido o suficiente para manter o volume sanguíneo. Como resultado, tanto o ganho como a perda de peso intradialítica possuem correlação significativa com as complicações intradialíticas.” MARTINS & RIELLA (2001)

MARTINS & RIELLA (2001) apresentam alguns fatores que podem estar relacionados com a necessidade de ingerir líquidos durante o período interdialítico: um fator poderia ser que o aspecto restritivo rigoroso da recomendação da ingestão hídrica facilite o desencadeamento de comportamentos compulsivos quanto à sede e do consumo de líquidos em alguns pacientes. Outro fator citado pode ser o aumento dos níveis de sódio com a alimentação, assim como o aumento da glicemia nos diabéticos no período interdialítico. Outros fatores também citados são a sede ligada à ingestão de medicamentos, como anti-histamínicos e antidepressivos tricíclicos, e a ingestão de líquido para facilitar a passagem de alimentos e medicamentos, assim como os líquidos ingeridos em situações sociais.

Na visita domiciliar, abordei os pacientes sobre a ingesta hídrica com a seguinte questão: **“Me fale sobre a ingestão de líquidos.”** Apresento a seguir os trechos das entrevistas que convergiram na Idéia Central: “Para mim, agora é importantíssimo beber água.”

Idéia Central: “Para mim, agora é importantíssimo beber água.”

Expressões-chave:

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu não tenho função renal residual (...) de forma que o meu líquido é muito restrito.”*

**P. L., 65 anos** - *“Para mim, agora é importantíssimo beber água, (...) eu quero beber água, mas é tão restrita a minha água que eu acho a melhor bebida do mundo. (...) Eu comecei a gostar de água depois que eu fiquei renal, que é só não poder beber que a gente passa a achar a bebida perfeita.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“Já os líquidos, água, essas coisas, eu não fico sem tomar, principalmente café, que eu tomo muito.”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu não tenho função renal residual (...) de forma que o meu líquido é muito restrito, de forma que, para mim, agora é importantíssimo beber água, (...) eu quero beber água, mas é tão restrita a minha água que eu acho a melhor bebida do mundo. (...) Eu comecei a gostar de água depois que eu fiquei renal, que é só não poder beber que a gente passa a achar a bebida perfeita. Já os outros líquidos (...) eu não fico sem tomar, principalmente café, que eu tomo muito.”*

O discurso do sujeito coletivo mostra primordialmente a necessidade do sujeito coletivo idoso em ingerir líquidos. O relato demonstra que a restrição impulsiona o desejo pela água que aparentemente não era um hábito do paciente.

Percebi que esse tema incomoda os idosos, uma vez que a avaliação do peso é facilmente mensurável pela equipe de saúde. O discurso do sujeito coletivo mostra primordialmente a necessidade desse sujeito coletivo idoso em ingerir líquidos. O relato demonstra que a restrição impulsiona o desejo pela água que aparentemente não era um hábito do paciente.

De acordo com as informações coletadas no estudo, a necessidade de fazer restrição de líquidos parece ser um dos maiores sofrimentos para o idoso que se encontra em hemodiálise. Nesse sentido, as ações de enfermagem, visam à repadronização desse hábito, para reinseri-lo no seu cotidiano de forma positiva.

#### **DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM**

##### *Repadronização do Cuidado Cultural*

- Juntamente com os profissionais da nutrição, ensinar ao paciente técnicas de diminuir a sede com pouca ingestão de líquidos, como: colocar limão na água, ingerir água gelada com cascas de limão.
- Dividir com o paciente a responsabilidade sobre o ganho de peso interdialítico, evitando críticas e punições.
- Orientação multidisciplinar para a ingestão de alimentos que provoquem menos sede.

### 6.3.5 Fatores Políticos

Veja-se a reação à pergunta: **“Como os fatores políticos influenciam a sua vida e o tratamento hemodialítico”**. A maioria dos idosos sujeitos da pesquisa passaram a discorrer sobre o cenário político brasileiro e os escândalos do momento atual. Nesse contexto, optei por denominar a idéia central desse tema como: **“O Brasil é um país de oportunidades desiguais e de pessoas indignadas com as bandalheiras no cenário político.”**

Idéia Central: **“O Brasil é um país de oportunidades desiguais e de pessoas indignadas com as bandalheiras no cenário político.”**

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Tenho viajado pelo país e visto que as hemodiálises aí pelo mundo afora são muito complicadas. Você precisa ver o estado das clínicas por aí. Eu acho que temos sorte de estarmos no Sul, porque aqui parece que as coisas ainda estão um pouco melhores.”*

**H. A., 62 anos** - *“Eu não gosto de política, estou vendo toda essa bandalheira que acontece aí, e então eu fico mais enojado do que já era. Mas em matéria de saúde acho que estamos bem. O SUS paga o tratamento e os medicamentos, dá o transporte para aqueles que precisam. Acho que isso é muito bom.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“O Brasil é um país bom, bom mesmo, mas tem ladrão demais, porque, mesmo com o pessoal roubando, a gente ainda consegue ter um atendimento, consegue ter os remédios, essas coisas.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu não gosto de política, estou vendo toda essa bandalheira que acontece aí, e então eu fico mais enojado do que já era. O Brasil é um país bom, bom mesmo, mas tem ladrão demais. Mas em matéria de saúde acho que estamos bem, porque, mesmo com o pessoal roubando, a gente ainda consegue ter um atendimento, consegue ter os remédios, essas coisas. O SUS paga o tratamento e os medicamentos, dá o transporte para aqueles que precisam. Acho que isso é muito bom. Tenho viajado pelo país e visto que as hemodiálises aí pelo mundo afora são muito complicadas. Você precisa ver os*

*estado das clínicas por aí. Eu acho que temos sorte de estarmos no Sul, porque aqui parece que as coisas ainda estão um pouco melhores.”*

O processo de envelhecimento em nosso país não se dá de modo igual para todos. A velhice, como qualquer etapa do ciclo da vida, é determinada pela inserção de classes sociais. Ser idoso com dignidade não é responsabilidade individual, mas responsabilidade coletiva. Implica não só a criação de políticas públicas, como também a garantia de acesso dos idosos a essas políticas.

Os discursos apontam idosos conhecedores da situação política nacional, principalmente aquela que está apontada pela mídia e pela indignação do povo. Esse idoso apresenta julgamento adequado do país onde vive e mantém o raciocínio crítico concernente à avassalante corrupção em todo o cenário político do país.

O idoso do DSC também demonstra conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e valoriza o atendimento a que está sendo submetido, reconhecendo a carência de atendimento em serviços de outras regiões do país.

Em virtude de sua condição financeira favorável, esse idoso realiza viagens pelo país e, conseqüentemente, chega a conhecer outros serviços de terapia hemodialítica, onde realiza as sessões de hemodiálise, diferindo da maioria dos idosos e doentes renais crônicos que não apresentam essas facilidades.

O idoso que fez parte deste estudo demonstra conhecimento do cenário político atual e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Reconhecendo que o interesse por assuntos atuais pode influenciar o bem-estar do idoso, evitando a alienação, optei por realizar ações de enfermagem que preservem e estimulem o idoso a estar sempre bem informado.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o televisor em programas informativos e culturais.</li> <li>• Estimular a discussão entre os pacientes e a equipe de enfermagem sobre os assuntos do cenário político nacional e internacional, principalmente aqueles ligados à atenção à saúde.</li> </ul>

### 6.3.6 Fatores Econômicos

Veja-se a reação à pergunta: “**Como os fatores econômicos influenciam a sua vida e o seu tratamento**”. O idoso sujeito desse DSC passou a apresentar espontaneamente suas impressões da aposentadoria, do trabalho e dos custos do tratamento hemodialítico. Nesse contexto, e de acordo com o DSC, optei por denominar a idéia central desse tema como: “Sou aposentado, mas o trabalho é a minha vida.”

Idéia Central: “Sou aposentado, mas o trabalho é a minha vida.”

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Eu sou aposentado, mas de qualquer jeito eu estaria trabalhando... eu nunca fiquei sem trabalhar, não parei nunca... eu fico louco, ficar em casa esperando a morte chegar, sem fazer nada? Não! Ainda bem que eu consegui fazer o tratamento à noite, senão não dava para me manter no emprego.”*

**H. A., 62 anos** - *“Sou aposentado. Daí eu pensei: o que é que eu vou fazer da vida? Se eu ficar em casa, eu vou ficar doente, eu nunca fiquei sem trabalhar... me aposentei só porque eu tinha direito, mas eu nunca parei de trabalhar. Eu trabalho o dia todo, sorte que o tratamento é à noite.”*

**P. L., 65 anos** - *“A aposentadoria foi maravilhosa para mim, eu queria muito me aposentar e ter um dinheirinho extra no fim do mês, mas eu continuo trabalhando, porque, apesar de não ter gastos com a hemodiálise, é muito importante para mim me sentir produzindo alguma coisa.”*

**T. L. H., 66 anos** - *“O trabalho é a minha vida. Eu trabalho porque preciso, e trabalho porque gosto, e parece que tudo deu certo, apesar da hemodiálise. O tratamento, que é o mais caro, o SUS paga, e ainda temos os medicamentos, de forma que eu não tenho gasto nenhum com o tratamento.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu sou aposentado. A aposentadoria foi maravilhosa para mim, que queria muito me aposentar, até porque eu tinha direito, e é bom ter um dinheirinho extra no fim do mês. Quando eu me aposentei, eu pensei: o que é que eu vou fazer da vida? Se eu ficar em casa, eu vou ficar doente, eu vou ficar louco, ficar em casa esperando a morte chegar, sem fazer nada? Não! Então, eu nunca fiquei sem trabalhar, não parei nunca... eu continuo trabalhando, de*



*qualquer jeito eu estaria trabalhando porque, apesar da hemodiálise, é muito importante para mim me sentir produzindo alguma coisa. Trabalho porque preciso, e trabalho porque gosto. O trabalho é a minha vida. Eu trabalho o dia todo, ainda bem que eu consegui fazer o tratamento à noite, senão não dava para me manter no emprego. E parece que tudo deu certo, apesar da hemodiálise, porque também não tenho gastos: o tratamento, que é o mais caro, o SUS paga, e ainda temos os medicamentos, de forma que eu não tenho gasto nenhum com o tratamento.”*

O DSC apresenta um idoso aposentado que se mantém trabalhando. O fato de trabalhar é visto pelos idosos deste DSC como necessidade para complementação da renda, mas também como prazer e necessidade de ser produtivo.

Para esse idoso, a aposentadoria foi obtida como um direito alcançado pela sua idade e anos de trabalho. Conforme MOTTA *apud* CARLOS *et al.* (1998, p.24) se referem à aposentadoria como “um *direito* adquirido pelo trabalhador após o término de um determinado número de contribuições para um determinado sistema previdenciário e que implica receber uma importância mensal sem uma correspondente prestação de serviço.”

A palavra aposentadoria está vinculada, segundo CARLOS *et al.* (1998), a duas idéias centrais: a de retirar-se aos aposentos, de recolher-se ao espaço privado de não-trabalho, contribuindo para o *status* depreciativo que envolve o abandono e a inatividade, e a de jubramento, acarretando uma perspectiva otimista, onde há conotação de prêmio, recompensa e contentamento. O DSC torna claro que esse idoso não se incomoda com o fato de estar aposentado. A aposentadoria para esse é um *status* social apenas, e influencia sua vida somente como uma renda extra ao final de cada mês.

O idoso renal crônico em tratamento hemodialítico, sujeito desse discurso, sente-se produtivo. Com base nos discursos, posso inferir que o trabalho para ele é uma necessidade financeira e psicológica para manutenção dos seus hábitos e modo de vida.

Nesse contexto, o tratamento hemodialítico para esse idoso é visto como mais uma atividade a ser desenvolvida e ressalta a importância do tratamento hemodialítico noturno que lhe possibilita o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Pelos discursos, o tratamento não aparece como preocupação financeira desse idoso, em razão da cobertura integral desse pelo Sistema Único de Saúde.

Os idosos que fizeram parte deste estudo são aposentados e já possuem uma renda fixa decorrente dessa aposentadoria; porém, durante o estudo, verifiquei que eles mantinham atividade profissional. O trabalho, para os idosos participantes, é o estimulante que os faz sentirem-se vivos e produtivos. Em razão desse entusiasmo pelo trabalho, optei por estimulá-los a manter suas atividades.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a hemodiálise noturna, a fim de preservar as atividades laborais do paciente.</li> <li>• Facilitar a troca de datas e horários de tratamento hemodialítico por conta de manter as atividades laborais.</li> </ul>

### 6.3.7 Fatores Educacionais

Ao propor a questão: **“Como os fatores educacionais influenciaram a sua vida e o tratamento hemodialítico”**, os idosos sujeitos desta pesquisa passaram a falar sobre as dificuldades que enfrentaram durante a vida para adquirir o nível de escolaridade. Nesse contexto, optei por denominar a idéia central como: **“Na vida ninguém nunca me deu nada de mão beijada.”**

Idéia Central: **“Na vida ninguém nunca me deu nada de mão beijada.”**

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“A gente tem que correr atrás, né? Foi assim com a minha faculdade, quando eu trabalhava de noite para estudar de dia, e foi assim com o tratamento, não entendia nada do que me falavam, se quis saber tive que correr atrás. Ninguém nunca me deu nada de mão beijada, o meu conhecimento é meu próprio mérito.”*

**G. A. A., 61 anos** - *“Era muito difícil estudar, porque tinha que me manter e tinha poucas escolas noturnas. Então eu estudava um pouco, parava um*

*pouco e mesmo assim consegui terminar. Com a hemodiálise foi a mesma coisa: fui aos poucos, no começo confesso que eu nem queria muito mesmo saber das coisas, mas depois fui aos poucos me interessando, lendo, perguntando e me inteirando do tratamento.”*

**P. L., 65 anos** - *“Ah, foi muito difícil, só me formei porque acho que tinha que passar por isso, eu era muito rebelde (...). E essa rebeldia acho que foi boa para mim, porque ela me fez mais desconfiado e isso me ajudou a conhecer mais, a ser eu mesmo, responsável pelas coisas, sem esperar ninguém resolver para mim, (...) foi assim com a vida, foi assim com a hemodiálise.”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Ah, foi muito difícil estudar, porque eu era muito rebelde, tinha que me manter e naquela época tinha poucas escolas noturnas. Só me formei porque acho que tinha que passar por isso. Então eu estudava um pouco, parava um pouco e mesmo assim consegui terminar. A gente tem que correr atrás, né? Foi assim com a minha faculdade, quando eu trabalhava de noite para estudar de dia e foi assim com o tratamento. No começo confesso que eu nem queria muito mesmo saber das coisas, mas depois fui aos poucos me interessando, lendo, perguntando e me inteirando do tratamento, não entendia nada do que me falavam, se quis saber tive que correr atrás. Acho que essa rebeldia foi boa para mim, porque ela me fez mais desconfiado e isso me ajudou a conhecer mais, a ser eu mesmo, responsável pelas coisas, sem esperar ninguém resolver para mim. Ninguém nunca me deu nada de mão beijada, o meu conhecimento é meu próprio mérito, foi assim com a vida, foi assim com a hemodiálise.”*

A influência dos fatores educacionais para a vida e o tratamento hemodialítico está presente no DSC como resultado de uma busca individual. O idoso do DSC apresenta as dificuldades que encontrou, ao longo da vida, para obter os conhecimentos e se coloca como sujeito independente na situação, contando somente consigo para resolução dos seus problemas.

Paralelamente, o DSC demonstra que, na situação da doença, o cenário permanece o mesmo. A expressão: “Ninguém nunca me deu nada de mão beijada!”

demonstra certo rancor do idoso pelos que considera responsáveis pela transmissão dos conhecimentos.

Na fase de escolaridade desses idosos, as escolas não proporcionavam os benefícios que hoje os alunos desfrutam. Até mesmo em relação aos doentes, os professores daquela época eram austeros e distantes. Muitos dos alunos da época sentiam medo dos professores pelas punições que enfrentavam e imposições do saber.

Porém o idoso participante desta pesquisa sente-se realizado com o seu nível de escolaridade, deixando claro que ele é o que conquistou, sentindo-se orgulhoso por ter sido o sujeito das suas conquistas, e enfatizando que o conhecimento foi sendo adquirido conforme o seu tempo individual. Demonstrou sentir-se responsável pela obtenção dos seus conhecimentos. Orgulha-se por ter construído sua educação, o que parece estimulá-lo a perseguir o conhecimento, a manter-se ativo buscando as informações de que necessita, contribuindo para aumentar o interesse pela leitura e a busca pela informática. Dessa forma, as ações com referência aos fatores educacionais visam à preservação do costume e do estímulo para o paciente continuar buscando o conhecimento.

<b>DECISÃO E AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar material de leitura para o idoso, a respeito das recentes descobertas sobre o tratamento renal, nutrição, transplante, envelhecimento saudável e outras leituras.</li> <li>• Solicitar e estimular a manutenção de livros e revistas na unidade de hemodiálise para atividades de leitura e lazer dos pacientes.</li> <li>• Estimular a pesquisa sobre assuntos de interesse no computador e bibliotecas.</li> </ul>

## 7 O MARCO CONCEITUAL NO CUIDADO CULTURAL DO IDOSO RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Neste capítulo, apresento a relação do marco conceitual com os significados expressos pelos idosos participantes durante as situações vivenciadas nesta pesquisa convergente assistencial. Essa análise foi subsidiada pelas crenças e valores apresentadas no referencial de conceitos capítulo três, fruto do meu cotidiano enquanto mestrande e nas experiências das atividades assistenciais na clínica de hemodiálise, nas reuniões do Grupo de Pesquisa sobre Idosos (GMPI-UFPR), nas atividades de docência no ao curso de Pós-graduação em Enfermagem em Nefrologia, assim como nas leituras e reflexões junto à orientadora.

### 7.1 SER IDOSO

Em resposta à questão: “**Que é ser idoso para você**”, o participante idoso, sujeito deste discurso do sujeito coletivo, passou a discorrer sobre as suas impressões sobre a velhice. Os discursos foram agrupados de acordo com a idéia central, que optei por denominar: “Velho é o outro!”.

Idéia Central: “Velho é o outro!”

Expressões-chave:

**A. A., 77 anos** - *“Eu ainda não sou idoso, sou experiente. Eu não sinto a idade, eu me sinto como se eu tivesse qualquer idade que eu já tive, e posso e faço tudo que fazia antes de entrar nessa fase que você chama de velhice: trabalho, namoro (muito), danço, tenho alegrias, problemas e tristezas, como qualquer um.”*

**H. A., 62 anos** - *“Eu acho que essa é uma fase da vida em que a gente pode começar a sentir-se realizado pelos atos que praticou, e é assim que eu me sinto, realizado pela vida que eu vivo e que eu vivi.”*

**G. A. A., 61 anos** - *“Eu sou muito grato pela vida que vivi, e agradeço todos os dias por ter tido a vida que tive.”*

**P. L., 65 anos** - *“Eu não me considero idoso, me considero usado, sou um velho novo. Porque a velhice também é o seguinte: se você se entrega à idade,*

*“você começa a ter os 'achques' da idade, mesmo que você não seja velho, você acaba se tornando velho.”*

#### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu ainda não sou idoso, não me considero idoso, me considero usado, sou um velho novo, sou experiente. Eu não sinto a idade, eu me sinto como se eu tivesse qualquer idade que eu já tive, e posso e faço tudo que fazia antes de entrar nessa fase que você chama de velhice: trabalho, namoro (muito), danço, tenho alegrias, problemas e tristezas, como qualquer um. Eu acho que essa é uma fase da vida em que a gente pode começar a sentir-se realizado pelos atos que praticou, e é assim que eu me sinto, realizado e muito grato pela vida que eu vivo e pela vida que vivi, e agradeço todos os dias por ter tido a vida que tive. Porque a velhice também é o seguinte: se você se entrega à idade, você começa a ter os 'achques' da idade, mesmo que você não seja velho, você acaba se tornando velho.”*

Conforme apresentado anteriormente, no capítulo de resultados, os idosos que participaram desta pesquisa formam um grupo homogêneo, com pequenas diferenças na situação social e nas condições de saúde e familiar. São esses diversos aspectos que, na realidade, estão interligados e influenciam a pessoa direta e indiretamente, fazendo com que se sinta mais ou menos velha. Porém fatores como a história de cada um, as diferentes fases do ciclo da vida, as possibilidades de adaptações no presente contribuem para construir e emoldurar a vida de cada ser humano de forma diferente. Para o idoso, sujeito desta pesquisa, a velhice *“é uma fase da vida em que a gente pode começar a sentir-se realizado pelos atos que praticou”*.

Esse ponto de vista é singular, uma vez que os significados sobre a idade variam para cada sujeito. Para alguns, a idade significa soma de anos e acúmulo de experiências, de bens materiais, de nome e renome na política e na sociedade, na ciência, na arte ou no anonimato.

O estudo apontou que o idoso não quer ser chamado de velho, nem de idoso, tampouco pertencer à da terceira idade. Essa recusa dos idosos participantes me levam a refletir sobre todo preconceito estigmatizado pela palavra *velho*: afinal, para que

servem coisas velhas? Essa pergunta, que parece ingênua, é carregada da aversão surgida na época atual. Aversão em parte, originada pelos avanços tecnológicos e científicos, além da mudança de pensamento da atualidade, em que tudo fica ultrapassado e sempre tem algo melhor e mais novo para substituir. Para todos os participantes a palavra idoso vem carregada de toda a “marginalização” possível. Preferem ser tratados como pessoa experiente. Cada um de nós tem um idoso interno, que são as imagens que vamos registrando no decorrer de nossa vida. São diferentes entendimentos do envelhecimento. A partir disso, muitas vezes, são os próprios idosos que carregam estereótipos e os atribuem a outros idosos, julgando-se exceções ou casos extraordinários de conservação.

O envelhecer significa a aproximação da morte, do fim da existência, onde tudo termina e não tem mais volta. Por isso o velho sempre é o outro. Se projetamos no outro qualidades que não reconhecemos como nossas, tentamos evitar o horror que sentimos ao saber da brevidade da nossa existência. MESSY (1993, p.12) reforça essa reflexão:

temos que ter medo da velhice? Fazer a pergunta é reconhecer implicitamente a existência de um temor. Como não ter medo de algo que tem parentesco com a morte? O envelhecer sublinha nossa temporalidade. Então, para prevenir do drama a todo entendedor que procure aí sua salvação, damos a entender que o envelhecimento apenas diz respeito ao velho e como, de todo modo, o velho... é o outro...! Estamos fora das ameaças do tempo.

Por outro lado, observo e ressalto que o termo velho pode significar um tratamento de camaradagem, proximidade, carinho, intimidade. Seria então uma visão pessoal de cada um o termo *velho*? A palavra velho pode realmente significar o estado de espírito de cada um: uma crescente sensação de alienação, solidão e inutilidade social, ou seja, não estar necessariamente vinculada à idade cronológica.

A palavra velho e idoso vem carregada de valores de todo um contexto cultural, em que mitos e discriminações estão, muitas vezes, enraizados na cultura de maximizar o jovem. Com isso, vincula-se também a capacidade de rendimento e produção. Esse pensamento já ocupava Rui BARBOSA (1903, p. 39) no início do século XX:

eu não me sinto velho senão quando não tenho o que fazer; em me sobrando tarefa, sempre me achei moço. E quantas mocidades não vejo, que não trocaria pela minha carga idade, fosse por que preço fosse. Passam-se elas à porta, cansadas, inúteis, descritas, gastas, vazias... O interior vale o exterior, o exterior, o interior. A consciência não lhes anda melhor do que a saúde, nem melhor a saúde que o juízo. Não resistem, não lutam, não esperam, não admiram, não se entusiasmam. Vegetam e consomem.

Correlaciono as informações dos idosos participantes ao conceito elaborado de ser humano idoso renal crônico:

**...o idoso renal crônico é um ser humano fisicamente frágil, seja pela doença, seja pelo processo de envelhecimento. É uma pessoa que, para continuar sobrevivendo, necessita de um tratamento substitutivo para a função renal. (...) As mudanças que ocorrem na vida desse cidadão, em que a idade se associa com a doença crônica, não se limitam aos cuidados com o corpo. As modificações ocorrem em quase todas as faces de sua vida. Existe a exclusão do mercado de trabalho, seja por ter completado os anos para a aposentadoria, seja pela idade avançada, seja pelo advir da doença renal. Junto com a aposentadoria, vem uma sensível diminuição nos seus ganhos financeiros e conseqüentemente mudanças em seus hábitos sociais, ainda agravados pelo aumento do custo de vida em medicamentos e alimentos.**

O idoso participante não é um ser humano frágil *per se*; ele é um adulto que está passando por uma fase da vida. O discurso do sujeito coletivo apontou o idoso como pessoa que enfrenta as vicissitudes da vida, ocasionadas pela velhice e pela doença. Na concepção dele, não existem mudanças significativas importantes, a ponto de deixá-lo desanimado. Ele gosta da vida e agradece pelos anos. O idoso desse discurso do sujeito coletivo não vivenciou perdas significativas decorrentes da idade ou da doença; ele é realmente um cidadão que participa das decisões; trabalha, luta e é responsável pelas suas decisões e parece orgulhar-se da vida que teve e que tem, sem mencionar os problemas inerentes à doença.

## 7.2 DOENÇA

Ao propor a questão: **“Como a doença renal crônica influenciou a sua vida”**, os idosos sujeitos desta pesquisa passaram a falar sobre a sua interpretação e impressões da doença renal crônica e do tratamento hemodialítico. Os discursos foram agrupados em uma idéia central denominada: **“Na hemodiálise a doença é a picada, a dor é só a picada”**.



Idéia Central: “Na hemodiálise a doença é a picada, a dor é só a picada”.

Expressões-chave:

**A.A, 77 anos** - *“Eu não me sinto prejudicado por essa doença, nem esbravejei quanto a essa doença. Se a missão de passar por isso nessa vida, então que seja de uma forma positiva. Se não tivesse essa máquina eu estaria morto. Então ela é boa. Então quando alguém começa a dizer que tem dó de mim, eu digo que a máquina é como se fosse uma amante: 'vou lá, me agarro a ela, ela me tira todo sangue e depois devolve limpinho, limpinho!' ”*

**H. A, 62 anos** - *“Eu não fiquei muito abalado porque ia fazer a hemodiálise, porque... ia fazer o que? Ou sim ou não, ou tinha que fazer ou ia morrer. O médico tinha me explicado dos dois tipos de diálise, e eu preferi a hemodiálise, preferir vir para o hospital. E depois, na hemodiálise a doença é a picada, a dor é só a picada.”*

**G.A.A, 61 anos** - *“Graças a essa doença eu deixei de ser materialista. Passei a compreender o outro lado, a importância da conservação da família, e que se você tiver oportunidade de ajudar o próximo. (...) foi quando eu assumi a hemodiálise. Eu não me considero doente porque eu tenho todas as minhas funções ótimas, então não me considero doente.”*

**T.L.H. 66 anos** - *“Eu acho que essa doença não é tão ruim quanto parece: não tem dor, não tem que ficar fazendo exame num monte de lugar, é só vim aqui e vocês resolvem todos os problemas da gente.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu não me sinto prejudicado por essa doença, nem esbravejei quanto a essa doença. Eu não fiquei muito abalado porque ia fazer a hemodiálise, porque... ia fazer o que? Ou sim ou não, ou tinha que fazer ou ia morrer... Se a missão de passar por isso nessa vida, então que seja de uma forma positiva. O médico tinha me explicado dos dois tipos de diálise, e eu preferi a hemodiálise, preferir vir para o hospital. Se não tivesse essa máquina eu estaria morto. Então ela é boa. Então quando alguém começa a dizer que tem dó de mim, eu digo que a máquina é como se fosse uma amante: 'vou lá, me agarro a ela, ela me tira todo sangue e depois devolve limpinho, limpinho!' Na hemodiálise a doença é a picada, a dor é só da picada. Eu acho que essa doença não é tão ruim quanto parece: não tem dor, não tem que ficar fazendo exame num monte de lugar, é só vim aqui e vocês resolvem todos os problemas da gente. Graças a essa doença, eu deixei de ser materialista. Passei a compreender o*

*outro lado, a importância da conservação da família, e que se você tiver oportunidade de ajudar o próximo. Dessa forma, eu posso dizer que eu não me considero doente porque eu tenho todas as minhas funções ótimas, então não me considero doente.”*

A vivência de uma doença renal crônica, de curso prolongado, pode fazer com que o modo como a pessoa interpreta a sua situação de doença possa determinar ou, pelo menos, influenciar na trajetória da doença, corroborando o conceito apresentado inicialmente nessa pesquisa:

**...o advir da doença crônica, embalada inicialmente pelo medo da pessoa perante a essa situação nova, desconhecida, muitas vezes com início súbito e diagnóstico inicial de gravidade, inicia as pessoas nesse caminhar de uma forma bastante agressiva, trazendo com isso a revolta perante essa situação incontrolável...**

De acordo com o discurso do sujeito coletivo, no início da doença o idoso coloca-se em uma posição de aceitação que poderia ser interpretada também como de resignação perante a doença. Refere que não se sentiu prejudicado, ou nervoso ou abalado, porque, quando a doença foi apresentada, não lhe foi dada opção. Foram apresentados os dois tipos de tratamento e a sua liberdade de escolha limitou-se a decidir se fazia hemodiálise ou diálise peritoneal.

A análise do discurso do sujeito coletivo demonstra que a doença renal crônica terminal e o tratamento hemodialítico foram aceitos e incorporados no dia-a-dia do idoso participante. O idoso apresenta a doença como parte do seu cotidiano, o tratamento hemodialítico com bom humor e enfatiza os ganhos que a doença trouxe à sua vida.

a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que os cercam, ao seu mal-estar. Particularmente, é a maneira como ele – e eles – interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma. (HELMAN, 1994 p. 104)

O curso crônico da sua doença e do tratamento influem positivamente na trajetória de vida do idoso. Incorporar o tratamento ao seu cotidiano é ser capaz de fazer piada com o procedimento hemodialítico. As entrevistas com os idosos me

fizeram perceber que a pessoa portadora de enfermidade renal, de curso crônico, terminal e progressivo pode retomar a sua vida, realizar alguns projetos, estar perto da sua família, pode trabalhar e pôr em ordem o seus negócios, divergindo do conceito de doença apresentado anteriormente:

**...a doença, para essas pessoas, passa a ser a própria forma de manter a vida, que é a situação de permanente dependência da tecnologia que substitui as funções renais...**

O idoso deste estudo é sujeito de sua vida e do seu tratamento. Não se coloca como acomodado e passivo que se entrega ao tratamento com rancor, deprimido e sem mais indagar ou buscar a sua própria forma de conviver com a doença.

Outra importante observação a ser analisada é a dor, é a ligação entre doença e dor para o idoso: *“na hemodiálise a doença é a picada, a dor é só da picada. Eu acho que essa doença não é tão ruim quanto parece: não tem dor, não tem que ficar fazendo exame num monte de lugar, é só vim aqui e vocês resolvem todos os problemas da gente”*. A dor, para o idoso, é a principal representação da doença. O modo de interpretar a dor, “ou a falta de dor” é cultural, desde que se entenda a cultura “como um modo de se comportar, de se comunicar diante das atividades em relação à vida”. (GEERTZ, 1989, p. 103). A ausência de dor pode contribuir para que o paciente realmente não se sinta doente.

Não se sentir doente pode ser interpretado como agravo a saúde do idoso, quando esse sentimento retrata a pouca adesão dos pacientes em tratamento hemodialítico às orientações dietéticas e medicamentosas, o que não configura o discurso do sujeito coletivo dos idosos participantes.

### 7.3 SAÚDE

Para revisar o conceito de saúde, adequando-o à visão de mundo do idoso participante, apresentei a questão: **“Quando você se sente saudável”**, de forma que o idoso passou a discorrer sobre os seus momentos saudáveis e suas interpretações sobre a saúde. Os discursos foram agrupados e culminaram numa idéia central, que denominei: “Eu me considero saudável, todo dia, quando estou fazendo o que eu gosto”

Idéia Central: “Eu me considero saudável, todo dia, quando estou fazendo o que eu gosto”

Expressões-chave:

**A.A., 77 anos** - *“Eu me sinto saudável todo dia quando eu levanto, quando vou dançar, quando me olho no espelho e vejo que toda a economia que fiz com o meu corpo durante toda a minha vida esta surtindo resultados e quando vejo a oportunidade que eu estou tendo de ainda estar vivo.”*

**H. A., 62 anos** - *“Eu me sinto saudável depois que eu saio daqui da hemodiálise, porque quando eu ainda não tava fazendo eu tinha cansaço, falta de ar, era terrível, daí eu comecei a hemodiálise comecei a me sentir bem assim.”*

**G.A.A., 61 anos** - *“Se você não estiver bem de mente aí a sua saúde vai para o brejo. Eu me considero muito saudável, não saudável é aquele que não pode andar, que não pode comer. Aquele que pode trabalhar, pode comer e pode andar, esse tá cheio de saúde.”*

**P. L., 65 anos** - *“Eu me considero saudável, todo dia, quando estou fazendo o que eu gosto, sem preocupação, sem pensar na minha doença em si. Quando eu vou lá e faço academia junto com a juventude, ou quando faço ioga, distraio.”*

**T.L.H. 66 anos** - *“Eu me sinto saudável quando eu consigo comer bastante sem passar mal.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu me considero saudável quando estou fazendo o que eu gosto, sem preocupação, sem pensar na minha doença em si, eu me sinto saudável todo dia quando eu levanto, quando vou dançar, quando me olho no espelho e vejo que toda a economia que fiz com o meu corpo durante toda a minha vida esta surtindo resultados. Me sinto saudável quando vejo a oportunidade que eu estou tendo de ainda estar vivo, quando eu vou lá e faço academia junto com a juventude, ou quando faço ioga, ou quando me distraio. Eu me sinto saudável quando eu consigo comer bastante sem passar mal, depois que eu saio daqui da hemodiálise, porque quando eu não tava fazendo eu tinha cansaço, falta de ar, era terrível, daí eu comecei a hemodiálise comecei a me sentir bem. Se você não estiver bem de mente aí a sua saúde vai para o brejo. Eu me considero muito saudável, porque não saudável é aquele que não pode*

*andar, que não pode comer. Aquele que pode trabalhar, pode comer e pode andar, esse tá cheio de saúde.”*

Para Fritjof CAPRA (1982) o conceito de saúde não pode ser definido com precisão. A concepção de saúde é individual e está relacionada a diversos fatores, tais como o ambiente, o grupo de convívio, o histórico pregresso; enfim, o conceito de saúde está intimamente ligado ao conceito de vida de cada indivíduo. CASTRO (1978, p. 276) reitera este pensamento e acrescenta ainda que “o conceito de saúde, além de ser relativo, é também um conceito cultural, pois o que é considerado normal, satisfatório ou adequado em um grupo, pode ser percebido como anormal, insatisfatório ou inadequado por outro grupo, tanto do ponto de vista físico, como mental ou social”. Para HELMAN (1994, p. 105):

...a saúde contempla mais do que apenas o estado de ausência de sinais e sintomas desagradáveis. Em grande parte das sociedades não industrializadas, a saúde é conceituada como o equilíbrio no relacionamento do homem com o homem, com a natureza e com o mundo sobrenatural. Um distúrbio em qualquer uma dessas relações pode ser manifestado através de sintomas físicos ou emocionais. Nas comunidades ocidentais, as definições de saúde tendem a ser menos abrangentes, mas incluem, também, aspectos físicos, psicológicos e comportamentais.

De maneira geral, a saúde é encarada como se fosse o estado de não-doença, de não mal-estar ou dor, quando o indivíduo pode continuar a levar a sua vida sem grandes alterações ou questionamentos.

Segundo RAMOS *et al.* (1993), grande parcela dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crônica; entretanto nem todos ficam limitados por essas doenças, assim como o discurso do sujeito coletivo demonstrou que os idosos procuram adaptar-se à nova condição existencial e assimilar novos costumes, passando a levar uma vida normal, com as suas enfermidades controladas. Assim, um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas (RAMOS, 2003, p.793).

Alguns elementos do conceito de saúde apresentado inicialmente nesta pesquisa corrobora a visão dos idosos participantes:

...o conceito de saúde para o idoso portador de doença renal crônica terminal é particularmente singular. Considerando o curso prolongado da doença, a série de restrições orientadas, as limitações físicas provocadas pela doença ou aquelas causadas pela idade, remetem esse ser humano a considerar como saúde pequenas atividades tidas como cotidianas, mas que para esse idoso passam a ter um valor pessoal inestimável. Observando empiricamente os pacientes, percebi que para alguns, saúde se traduz como a possibilidade de sentir fome e, ao alimentar-se, não sentir náuseas; para outros a capacidade de andar sem ajuda, ou a capacidade de subir as escadas do hospital sem dispnéia, ou não ser hospitalizado por complicações.

A fala contida no discurso do sujeito coletivo comprova que é possível envelhecer com autonomia, corroborando o raciocínio de RAMOS (2003, p. 793):

na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão - infelizmente uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

Pode-se constatar que o envelhecimento, apesar de desencadear o processo de perda de poder, pode também ser momento de construção de conhecimentos e de experiências novas de vida. As falas, geradas nos diálogos e nas entrevistas, evidenciam que os idosos desta pesquisa vivenciam o envelhecimento com maturidade, mostrando sua capacidade de buscarem aquilo de que necessitam, superando o estereótipo da incompetência. Isto gera bem-estar psicológico, expresso pela autonomia positiva e integridade, favorecendo o que se chama de “empoderamento”, que é a capacidade de o indivíduo controlar os eventos e situações da sua vida.

FARINATTI (1997, p. 32) define autonomia pelo que ela não deve ser, diz ele: “da mesma forma que saúde não é ausência de doenças, a autonomia não é ausência de dependência física”. Deste modo, a autonomia é vista sob o prisma da auto-realização, na perspectiva da realização das possibilidades e não sob o foco das perdas de capacidade.

Na velhice, muitas vezes, a dependência física é confundida com a dependência para a tomada de decisão, originando uma atitude paternalista por parte da sociedade. Assim, se justifica o fazer tudo, no lugar do idoso, negando-lhe liberdade,

autonomia e capacidade de escolha, que devem ser preservadas durante toda a vida (BALTES & SILVERBERG, 1995).

O contexto cultural do idoso participante exerceu influência na otimização dos processos comportamentais e dos significados, assim como as avaliações subjetivas do conceito saúde e doença.

#### 7.4 CENÁRIO

Ao propor a questão: **“Como você se sente na sala hemodiálise”**, os idosos sujeitos desta pesquisa passaram a falar sobre o cotidiano vivenciado na unidade de hemodiálise. Nesse contexto, optei por denominar a idéia central como: **“No começo eu tive um pouco de medo, mas agora eu me sinto em casa.”**

Idéia Central: **“No começo eu tive um pouco de medo, mas agora eu me sinto em casa”**

Expressões-chave:

**A.A, 77 anos** - *“Pra mim, essa sala é normal, no começo eu tinha um pouco de medo, das máquinas, do barulho, de ver gente passando mal, mas depois percebi que isso era coisa da minha cabeça, agora às vezes a hemodiálise é até divertida, assisto TV, de vez em quando vem alguém conversar comigo.”*

**H. A, 62 anos** - *“Não acho ruim, não. Eu consigo ler, assisto ao Jornal Nacional e depois já vou embora, é igual se eu fosse para um curso de inglês por exemplo, três vezes por semana.”*

**G.A.A, 61 anos** - *“Eu tive um problema muito difícil porque quando eu comecei a hemodiálise ainda eram aquelas máquinas de caldeirão. Era muito difícil, morria gente todo dia na frente da gente, eu não morri varias vezes porque nunca foi minha hora... Eu morria de medo. Mas agora, nem se compara, a gente nem passa mal mais.”*

**T.L.H. 66 anos** - *“Eu gosto daqui, me sinto em casa. Tem os meus amigos que estão sempre aqui do meu lado, a gente brinca, tira 'sarro' um do outro.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu tive um problema muito difícil, porque, quando eu comecei a hemodiálise, ainda eram aquelas máquinas de caldeirão. Era muito difícil, morria gente todo o dia na frente da gente, eu não morri varias vezes porque*

*nunca foi minha hora... eu morria de medo. Mas agora, nem se compara, a gente nem passa mal mais. Hoje, pra mim, essa sala é normal, no começo eu tinha um pouco de medo, das máquinas, do barulho, de ver gente passando mal, mas depois percebi que isso era coisa da minha cabeça, agora as vezes a hemodiálise é até divertida, assisto a TV, de vez em quando vem alguém conversar comigo. Eu gosto daqui, me sinto em casa. Tem os meus amigos que estão sempre aqui do meu lado, a gente brinca, tira 'sarro' um do outro. Não acho ruim, não, eu consigo ler, assisto ao Jornal Nacional e depois já vou embora, é igual se eu fosse para um curso de inglês por exemplo, três vezes por semana.”*

O discurso do sujeito coletivo demonstra a trajetória de um paciente, hoje idoso, que iniciou o tratamento hemodialítico há muitos anos. Vivenciou toda a evolução que faz perceber a sala de hemodiálise hoje como ambiente altamente tecnológico. Para o idoso o início do tratamento amedronta “...no começo eu tinha um pouco de medo das máquinas, do barulho, de ver gente passando mal”, opinião que corrobora o conceito de ambiente apresentado:

**...a sala de hemodiálise é um ambiente tecnológico, cuja visão nos remete a um meio tipicamente futurista, com máquinas do tamanho de pessoas, painéis coloridos, apitos constantes e um odor ácido, vindo das soluções utilizadas para trocas, que não se compara a nenhum outro ambiente do hospital. Toda essa tecnologia pode intimidar as pessoas idosas não acostumadas à rotina de apitos e luzes.**

À primeira vista, a sala de hemodiálise é ambiente frio e hostil, local onde as máquinas e a tecnologia impõem o seu ritmo. Quando um paciente vai iniciar o tratamento hemodialítico e lhe é apresentado o cenário que, a partir daquele momento, se tornará cotidiano em sua vida, é freqüente observar o olhar surpreso e assustado. O medo “exala” em todas as suas falas e atos, geralmente acompanhados por desânimo e prostração. No início do tratamento é comum que o paciente fique assustado e temeroso, pois aos olhos de quem desconhece o cenário e o ritmo frenético das trocas de turno parece que a máquina é superior ao homem e seus alarmes sonoros e visuais angustiam aos que desconhecem o que está acontecendo naquele momento.



Atualmente, as clínicas de hemodiálise vêm tentando tornar este cenário mais agradável e mais confortável para os pacientes, mediante o uso de poltronas reclináveis, disponibilização de aparelhos televisores e rádios, ar condicionado, jardins de inverno etc, bem como o estímulo à convivência social e à troca de experiências com os demais pacientes, visando sempre a que o paciente fique mais bem acomodado e se sinta bem no ambiente. Para PASQUAL (2004, p. 19) “o cotidiano nas salas de hemodiálise deve transmitir ao cliente renal segurança e tranquilidade”.

De acordo com o discurso do idoso, à medida que aumenta o tempo de tratamento, o cenário torna-se familiar aos seus olhos, e o tratamento incorpora-se ao seu cotidiano, conforme a fala:

*“...agora as vezes a hemodiálise é até divertida, assisto a TV; de vez em quando vem alguém conversar comigo. Eu gosto daqui, me sinto em casa. Tem os meus amigos que estão sempre aqui do meu lado, a gente brinca, tira sarro um do outro. Não acho ruim, não, eu consigo ler, assisto o Jornal Nacional e depois já vou embora, é igual se eu fosse para um curso de inglês por exemplo, três vezes por semana”*.

Pela análise dessa fala, percebo que o idoso desse estudo, já incorporou culturalmente o ambiente da sala de hemodiálise à sua vivência pessoal. Já adquiriu costumes de assistir a programação de televisão, de ler, de conversar durante o tratamento. Para o paciente já existe o hábito de fazer o tratamento independentemente de como o cenário parece. Os aspectos especificamente psicológicos que se desenvolvem no idoso participante, em virtude desse ambiente, não foram objeto deste estudo.

## 7.5 ENFERMAGEM

Para analisar o conceito de enfermagem, segundo a visão dos pacientes que participaram deste estudo, apresentei a questão: **“Que é a enfermagem para você”**. Os idosos apresentaram suas impressões sobre a pessoa, o trabalho e as qualidades que o enfermeiro deve ter para desempenhar as funções numa unidade de tratamento hemodialítico. A idéia central do discurso do sujeito coletivo, denominada “na hemodiálise, é importante saber ouvir aqueles que se lastimam e estimular a pessoa a

continuar a viver”, será discutida juntamente com as impressões obtidas durante a vivência deste estudo.

Idéia Central: “Na hemodiálise, é importante saber ouvir aqueles que se lastimam e estimular a pessoa a continuar a viver”.

Expressões-chave:

**A.A, 77 anos** - *“A enfermeira tem que ser muito paciente, muito competente e ter muita tolerância. Na hemodiálise é importante saber ouvir aqueles que se lastimam e estimular a pessoa a continuar a viver.”*

**H. A, 62 anos** - *“A enfermeira é muito importante para nós assim, que fazemos hemodiálise, é a enfermeira que facilita a nossa vida, que intercede por nós.”*

**G.A.A, 61 anos** - *“A função da enfermeira é cuidar, é dar aquela atenção toda especial ao paciente. A nossa vida aqui na hemodiálise está na responsabilidade da enfermeira. Talvez ela seja classificada até mais importante que o médico, porque convive diariamente com a gente.”*

**P. L., 65 anos** - *“Para mim quem faz a hemodiálise é o enfermeiro, e teve até aquele médico que dizia sempre 'na hemodiálise máquina pode ser qualquer uma, o que vai fazer diferença é o enfermeiro'.”*

**T.L.H. 66 anos** - *“Eu acho que enfermeiro na hemodiálise tem que ser bom, cuidar da gente com carinho, com atenção. E ela tem que ter a idéia de que ela é responsável por aquele paciente, a vida dele tá na mão dela.”*

Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Eu acho que enfermeiro na hemodiálise tem que ser bom, cuidar da gente com carinho, com atenção, facilitar a nossa vida e interceder por nós. Na hemodiálise, o enfermeiro tem que ser muito paciente, muito competente e ter muita tolerância, é importante também saber ouvir aqueles que se lastimam e estimular a pessoa a continuar a viver. A função do enfermeiro é cuidar, é dar aquela atenção toda especial ao paciente. A nossa vida aqui na hemodiálise está na responsabilidade do enfermeiro, e ele tem que ter a idéia de que ele é responsável por aquele paciente, que a vida dele tá na mão dele. Talvez, o enfermeiro, seja classificado até como mais importante que o médico, porque ele convive diariamente com a gente. Para mim quem faz a hemodiálise é o*

*enfermeiro, e teve até aquele médico que dizia sempre 'na hemodiálise máquina pode ser qualquer uma, o que vai fazer diferença é o enfermeiro'. ”*

O discurso do sujeito coletivo demonstra o conceito inicialmente elaborado que corrobora a opinião dos pacientes sobre a atuação do enfermeiro na unidade de hemodiálise.

**...o enfermeiro, na unidade de hemodiálise, é o responsável por amenizar, diminuir e humanizar os impactos desse tratamento para o paciente.**

O conceito de enfermagem, trabalhado neste estudo, focaliza o conhecimento cultural por parte do enfermeiro, e esse constitui uma ferramenta necessária para o desenvolvimento de habilidades socioafetivas e técnico-científicas. O discurso do sujeito coletivo demonstra isto: o idoso não deseja somente receber o cuidado técnico, vai além e aponta habilidades complexas que exigem responsabilidade e capacidade de entendimento ético e determinação volitiva adequada. Conforme o relato a seguir: *“tem que saber ouvir aqueles que se lastimam e estimular a pessoa a continuar a viver, e tem que ter a idéia de que ela é responsável por aquele paciente, a vida dele tá na mão dela”*

Segundo o discurso do sujeito coletivo, uma das ações mais importantes para mitigar os impactos do tratamento hemodialítico é saber ouvir. Hoje, um dos mais difíceis deveres, enquanto seres humanos, consiste em escutar aqueles que sofrem. Esta escuta não se traduz apenas em ouvir, mas “saber ouvir”, que implica em obter a informação e transformá-la em ação, situação de cuidar. Para GUALDA (2002), a situação de cronicidade propicia circunstâncias ímpares de interação e convívio com os profissionais, de forma que todas as situações deverão ser aproveitadas para explorar as possibilidades de escolha e criar condições de mudanças, quando e onde forem necessárias, para buscar melhor qualidade de vida, apesar da doença.

Ir além da obrigação do ter que fazer se constitui numa possibilidade de o profissional encontrar o seu sentido de vida, e de auto-realização (HUFF, 1995). Para tanto é imprescindível detectar as informações transmitidas pelo idoso. Elas emergem nos cenários da unidade de hemodiálise e do domicílio.

...o conhecimento da residência do paciente, aliado à realização de ações culturalmente congruentes na unidade de hemodiálise, poderão proporcionar as ferramentas necessárias para o enfermeiro desta unidade aprofundar seus conhecimentos sobre o modo de vida do paciente, respeitando os seus pontos de vista e sua identidade cultural. Adotando esta postura, o enfermeiro poderá auxiliar o paciente a enfrentar alguns desafios relativos às mudanças que a doença renal crônica provoca em sua vida, promovendo uma maior adesão ao tratamento e conseqüente prevenção de comorbidades associadas à doença renal.

Ao evidenciar as informações e os cenários necessários para coletá-los, estou apontando parte das ferramentas necessárias para o cuidado cultural e entendo que o cuidado cultural entra na composição do conceito de enfermagem.

...o cuidado de pacientes em hemodiálise crônica requer uma grande abertura para conhecimentos culturais por parte do enfermeiro (...) caso a enfermeira não consiga perceber as principais características culturais desse paciente, que vão desde características alimentares a características de vida e cotidiano, dificilmente irá desenvolver uma interação significativa com ele.

## 7.6 CULTURA

Ao propor a questão: “**Que é cultura para você**” o idoso sujeito desta pesquisa expressou a sua interpretação de cultura. Os discursos foram compilados e agrupados em uma idéia central denominada: “Cultura é conhecimento, é saber conviver, ela vem de casa e da história de vida de cada um.”

Idéia Central: “Cultura é conhecimento, é saber conviver, ela vem de casa e da história de vida de cada um.”

Expressões-chave:

**A.A, 77 anos** - *“A minha cultura vem de casa, do meu berço. Aprendi a ser do jeito que sou em casa, e aproveitei tudo o que aprendi, e que ainda estou aprendendo para viver decentemente durante a vida toda.”*

**H. A, 62 anos** - *“Cultura é conhecimento, e o conhecimento é tudo o que a gente adquire durante a vida, que a gente lê, o jeito que a gente vive e faz com que a gente se torne um pouquinho diferente a cada dia.”*

**P. L., 65 anos** - *“Acho que a cultura vem da história de vida de cada um, e cada um tem um pouquinho de cultura para dar para o outro. Não tem nada a ver com escolaridade, porque tem pessoas que não sabem nem ler e são muito cultas, outras que são chamadas de doutor e são umas 'bestas', não sabem conviver em sociedade”.*

### Discurso do Sujeito Coletivo:

*“Cultura é conhecimento, e o conhecimento é tudo que a gente adquire durante a vida, que a gente lê, o jeito que a gente vive e faz com que a gente se torne um pouquinho diferente a cada dia. Acho que a cultura vem da história de vida de de cada um, e cada um tem um pouquinho de cultura para dar para o outro. Não tem nada a ver com escolaridade, porque tem pessoas que não sabem nem ler e são muito cultas, outras que são chamadas de doutor e são umas 'bestas', não sabem conviver em sociedade A minha cultura vem de casa, do meu berço. Aprendi a ser do jeito que sou em casa, e aproveitei tudo que aprendi, e que ainda estou aprendendo para viver decentemente durante a vida toda.”*

Para o idoso participante *“cultura é conhecimento, e o conhecimento é tudo o que a gente adquire durante a vida, que a gente lê, o jeito que a gente vive”* nesse contexto, a cultura é conhecimento e é adquirida durante toda a vida, podendo ser descrita como o conjunto dos modos de sentir, de agir e de pensar que exprimem as relações dos humanos com a natureza, com o espaço, com o tempo, com o sagrado, com o divino e uns com os outros. Neste sentido, a maneira de construir uma casa, de cantar, de rezar, de dançar, de chorar, de vestir, de amar e de odiar, de encarar a infância, a velhice, a maturidade. Ela é construída pelos humanos, constitui o mundo propriamente humano, isto é, o modo como os humanos imprimem na realidade as suas idéias, sentimentos, esperanças, alegrias, tristezas etc. Dessa forma, todos os seres humanos são detentores de cultura, seja como reprodutores de idéias práticas, seja como reprodutores da cultura estabelecida.

O conceito de cultura trabalhado neste estudo se apresentou semelhante ao DSC:

**...a cultura pode ser aprendida e novos conhecimentos poderão ser absorvidos pelo profissional, paciente e família; diferente daquele conceito que significa rigidez nos valores, crenças e comportamentos.**

Os conhecimentos culturais são incorporados à vivência diária dos idosos; portanto a cultura não é padrão rígido, recebe novos elementos diariamente: *“...faz com*

*que a gente se torne um pouquinho diferente cada dia. Acho que a cultura vem da história de vida de de cada um, e cada um tem um pouquinho de cultura para dar para o outro".* Parágrafo conforme SERRES (2004, p. 7-8):

como se adquire uma cultura? Primeiro, no sentido antropológico, estão o lugar de nosso nascimento, a língua de nossos pais... um determinado número de atitudes, costumes e usos, que nos são legados. Mas, está provado, isto não basta para construir uma pessoa culta. Com efeito, se a cultura for aprisionada, ela sufoca e morre. Está permanentemente em invenção, a partir de um determinado ponto, de um caminho que, passo a passo, nos leva, pela vizinhança, em uma viagem que nos faz descobrir uma cultura próxima, e a seguir, outra que não o é tanto...

LARAIA (2003) argumenta que, embora nenhum indivíduo conheça totalmente o seu sistema cultural, é necessário ter um conhecimento mínimo para operar dentro dele. Além disto, este conhecimento mínimo deve ser compartilhado por todos os componentes da sociedade, de forma a permitir a sua convivência. Por exemplo, um médico pode desconhecer qual a melhor época do ano para o plantio do feijão, um lavrador certamente desconhece as causas de certas anomalias celulares; mas ambos conhecem as regras que regulam a chamada etiqueta social, no que se refere às formas de cumprimentos entre as pessoas de uma mesma sociedade.

## 8 REFLEXÕES FINAIS

Confesso que, no início, o método de investigação qualitativo não me convencia. Sentia que faltava rigor científico, possibilidade de reprodução dos resultados, tratamento estatístico. Foi nesse contexto, mergulhada em leituras que tratavam sobre os métodos qualitativos, que encontrei um texto escrito por ALVES (2003, p. 611), que questiona: “que é científico?”. O texto trata da diferença e da necessidade de existirem no mesmo universo as pesquisas qualitativa e quantitativa, e faz comparação entre a música e o piano. O piano representa o que é quantitativo, que pode ser medido, pesado e testado, enquanto a música representa a experiência, a sensação. Segundo o autor, ambos são reais, complementares e não existe um sem que exista o outro. Aquele texto transformou minha compreensão do conceito de pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo que me deixou entusiasmada, convencendo-me a adotar o método, até então olhado com desdém, para a realização desta dissertação de mestrado.

Perceber a própria realidade mergulhada nela é bastante complicado. Experienciar o modelo biomédico por anos, na unidade de hemodiálise, fez com que me distanciasse do universo de significados, da alteralidade e da subjetividade. Mesmo hoje acredito no modelo biomédico, o cuidado nessa forma de atenção é geralmente eficaz, objetivo, principalmente em ambiente de alta complexidade, como o da unidade de hemodiálise. Porém eu sentia que era necessário modificar o comportamento profissional em relação aos pacientes, principalmente os pacientes idosos, que são cuidados do mesmo modo que o adulto jovem.

A abordagem qualitativa da Pesquisa Convergente Assistencial aliada ao referencial cultural baseado na teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, realizada neste estudo, aproximaram-me da subjetividade do paciente renal crônico, corroborando a opinião de BELTRAME (2000, p. 159), quando afirma: “o cuidado de enfermagem culturalmente coerente somente será possível, se conhecermos as dimensões da estrutura cultural e social, as práticas do sistema popular dos clientes; se valorizarmos os seus saberes e juntos

com o conhecimento científico, cliente e profissional planejarem o cuidado de enfermagem”.

A utilização do modelo de LENARDT (1996) que embasou os passos a serem desenvolvidos para atingir a interação com o paciente também contribuíram para a minha modificação enquanto enfermeira assistencial. O ambiente da hemodiálise, como já foi muitas vezes focalizado, é tecnológico e, em razão disto e do relacionamento constante com os pacientes, havia incutido uma postura distante do paciente e, constrangida, digo: a finalidade era manter a ordem local e conservar o respeito aos pacientes.

A informalidade utilizada nas abordagens com os pacientes durante este estudo muito contribuíram para me despojar da rigidez dos meus comportamentos, e desejo hoje que minhas colegas de equipe tenham um dia essa oportunidade, porque no contato com o paciente e até mesmo no dia-a-dia, passei a me sentir melhor, mais leve! Descobri que para ser ouvida como enfermeira não é necessária a postura austera. Descobri que é possível sorrir e brincar com os pacientes e a equipe e mesmo assim obter o respeito e a atenção necessários para o desenvolvimento das ações de enfermagem. A convivência foi gratificante e trouxe a oportunidade de vivenciar os elementos de competência socioafetiva.

Nesse contexto, foi significativa a mudança dos comportamentos interativos com os idosos participantes deste estudo, a partir do momento em que assumi a atenção integral ao idoso, durante o tratamento hemodialítico. Durante as três horas e meia a quatro horas que passava junto ao paciente, foi possível receber cada um dos idosos sorrindo, conversar sobre as questões do cotidiano deles, ouvir as queixas muitas vezes só segurando a mão. Vivenciei situações ímpares que só a proximidade com o paciente pode proporcionar. O tempo dedicado individualmente a cada idoso proporcionou-me a oportunidade de ser “mais humana”.

O cuidado alicerçado na linha cultural contribui para quebrar as barreiras da impessoalidade do enfermeiro para com o paciente. Uma vez que o enfermeiro tenta conhecer o idoso em seu domicílio, ele tem contato mais próximos com seus hábitos



diários e eventos do cotidiano, e modifica o seu enfoque em relação ao paciente. As orientações de cuidados se apresentam dinâmicas, adequadas, personalizadas.

No domicílio, o idoso “partilha sua subjetividade”, abre o “sagrado” ao profissional enfermeiro; por isso modifica o grau de interação da relação paciente/profissional. A visita domiciliar trouxe-me esta compreensão a respeito dos processos interativos que são, sem dúvida, necessários durante a totalidade dos cuidados prestados pelos profissionais, corroborando a reflexão. KAWAMOTO *et al* (1995, p. 35), aponta o objetivo: “a visita domiciliar visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso”.

A visita domiciliar aos idosos participantes que, na concepção deste estudo, significava apenas um dos passos para chegar ao cuidado cultural, hoje percebo sua magnitude para o planejamento adequado da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. Neste aspecto, também salienta PADILHA *et al.* (1994) que a visita domiciliar é importante para identificar as condições social e sanitária do cliente do serviço, bem como a sua família, para complementar as orientações do processo educativo da consulta de enfermagem e também adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental do cliente-família.

Acredito que a linha do cuidado cultural corrobora a aproximação ao paciente em sentido amplo, assim como o desenvolvimento da competência técnica. Uma vez que o enfermeiro adquira experiência com o sistema de conhecimentos do paciente, adquirido na visita domiciliar, ele terá mais segurança ao realizar seu trabalho e suas orientações. A padronização da assistência de enfermagem é praticamente impossível, visto que, mesmo em um grupo praticamente homogêneo quanto a gênero, situação social e escolaridade, a visão de mundo de cada um é singular.

A experiência de realizar as decisões e ações do cuidado cultural para cada paciente, com fundamentos e argumentos culturalmente congruentes, proporcionou a possibilidade de avaliar com mais segurança o meu trabalho de educadora. Permitiu

avaliar que com os idosos deste estudo predominaram as ações de preservação/manutenção dos cuidados. Isto significa conseqüências importantes para enfermagem, dentre elas: menos tempo gasto com as repetições e imposições que freqüentemente realizamos. Para o idoso haverá a satisfação de ser compreendido e mais bem orientado.

Aprender a cuidar de um ser humano consciente, autônomo, com acesso à informação e situação social diferenciada, é árduo aprendizado para os enfermeiros, porque estamos acostumados a trabalhar somente com “pacientes”, ou seja, aqueles que aceitam e acatam pacientemente todas as decisões e imposições pontuadas pelo profissional enfermeiro. Estamos acostumados a ditar regras conforme a afirmação de LENARDT (1996, p. 112):

o escasso conhecimento e a pouca importância que a enfermagem manifesta às diferentes maneiras como o paciente interage com as coisas e com as pessoas, muitas vezes a impedem de estabelecer uma relação horizontal como ele. O etnocentrismo característico do modelo médico (que perpassa pela enfermagem) condiciona a conceituar o paciente como um *ser passivo* e, muitas vezes, dotado de capacidade interativa inferior. Devo conhecer o paciente e sua forma de interagir com o contexto ambiental, para que não se façam fonte de julgamentos errôneos, pois a falta de informação sobre o paciente pode ser uma fonte de julgamentos falsos. Para fazer juízo, necessita-se de atributos estáveis, como a personalidade, capacidades e, principalmente, as crenças, atitudes e hábitos do julgado.

Os idosos participantes são seletos, diferentes daqueles freqüentemente sustentados pela família. Os cinco idosos deste estudo mudaram minha visão do idoso frágil. Apesar de ser portador de doença crônica tão séria quanto a insuficiência renal, ele mantém a autonomia e o trabalho como objetivo na vida. Conforme FIGUEIREDO (1998), os idosos da atualidade, quando crianças, aprenderam com o perfil patriarcal de seus pais; dificilmente conseguirão aceitar o perfil de patriarca oprimido nos tempos modernos. Os idosos participantes deste estudo demonstraram que eram autônomos, porém conscientes das limitações impostas pela idade e pela doença. Acredito que a condição econômica e social dos idosos participantes determina em parte o perfil de pessoas atualizadas, bem informadas e ativas. Todos os idosos participantes moravam em casa própria, locomoviam-se dirigindo o seu próprio carro e tinham renda mensal acima de cinco salários mínimos. Essa situação social privilegiada, para os padrões dos idosos, em nível nacional, interfere na visão de mundo dos pacientes. Conforme afirma

BEAUVOIR (1970a), a velhice difere de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Assim, não existe uma velhice, mas velhices, masculina e feminina; uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal.

A utilização da Pesquisa Convergente Assistencial permitiu obter informações adequadas dos idosos e cuidar deles. Entretanto acredito que o mais importante foi a mudança provocada em mim, como enfermeira responsável pela unidade de hemodiálise, durante um período do dia-a-dia. Tenho como meta transformar principalmente o modo de obter informações do paciente. Essas não podem ser coletadas somente no cenário da unidade de hemodiálise. A visita domiciliar deverá ser cogitada a partir da apresentação do meu estudo à equipe de enfermagem. Portanto este estudo não se finda aqui; deverei apresentar novos ensaios para que se transformem em realidade no cotidiano da unidade e quiçá na rede de hemodiálise, porque mostra nova perspectiva que poderá ser incorporada ao saber/fazer da enfermagem voltada para o cuidado do paciente renal crônico.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. “Um postscriptum humorístico...” In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.º 154**, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 17 de junho de 2004

ARANHA, M. L. **Filosofia da educação**. São Paulo: Moderna, 1989.

ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

BALTES, M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Papirus, 1995

BARBOSA, R. **Oração aos moços**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Casa de Rui Barbosa:, 1999.

BARROS, E. *et al.* **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970a.

\_\_\_\_\_. **A velhice**: as relações com o mundo. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970b.

BELTRAME, V. **O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus**. Concórdia, 2000. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. **Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996.

BOEHS, A. E. **Prática do Cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Decreto n. 1948**, de 03 de Julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 04 de Julho de 1994, a qual “dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências”. Brasília: Diário Oficial da República Federal do Brasil, v. 134, n. 128, p. 12277-12279, 03 de julho. Sessão 1(b).

BURKE, P. **Cultura popular na idade moderna**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CALDAS, C. P. O processo de envelhecimento. In: CALDAS, C. P. **A saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

CAMPOS, A. H. *et al.* Aspectos Renais no Idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L.G. **Cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARLOS, S. A. *et al.* Identidade, aposentadoria e terceira idade. In: BARRILLI, H. S. *et al.* **O saber construído sobre o processo de envelhecimento**. Porto Alegre: RGS/UNISINOS/PUCRS, Relatório de Pesquisa, 1998. p. 18-39.

CARVALHO, A. B. De; JORGETTI, V. Fisiopatologia, clínica e tratamento da osteodistrofia renal. In:RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

CASTRO, I.B. Conceito de Saúde: predicativos e Implicações. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.3, n.2, pg 275-280, 1978.

CHAIMOVICZ F. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**. 1997; v.31, p.184-200, 1997.

CHAUI, M. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.

COBB, A. K. Aspectos transculturais na construção do conhecimento em enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. **A Construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: René, 1998.

CSORDAS, T. **Embodiment and Experience**: the existencial ground of culture and self. Cambridge: University Press, Cambridge, 1994.

DAUGIRDAS, J. T., BLAKE, P.G., ING, T.S., **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

DIÁS, A. L. L.; CIANCIARULLO, T. I. A velhice e a qualidade de vida: um olhar cultural. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

DUARTE, M. J. R. S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, C. P. **A saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

FARINATTI, P.T.V. Avaliação da Autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde -autonomia. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ecn, Vol 1, 1:31-37 , 1997

FERRARI, M. **Geriatria: aspectos educacionais e de terapia ocupacional**. São Paulo, 1975. Tese (Doutorado). Departamento de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

FERRER, J. Medicina y Espiritualidad: redescubriendo una antigua alianza. In: **Bioética: um diálogo Plural** (Homenaje a Javier Gafo Fernández). Madrid: Ed. Univ. Pontificia Camillas, 2002.

FIGUEIREDO, S. C. S. Abuso de pessoas idosas na família: um ensaio. **Gerontologia**, Uberaba, v. 6, n. 3, p. 126-135, 1998.

FRAXINO, P.; MARTINS, C. Nutrição na hipertensão arterial. In: RIELLA M.C.; MARTINS, C. **Nutrição e o rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001

FROMM, E. **Psicanálise e religião**. Lisboa: Edições 70, 2003.

GAIARSA, J.A. **A estátua e a bailarina**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 1995

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

\_\_\_\_\_. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

GELBERT, S. O. Quem educa quem? In: MELO, J. A. C. **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.

GONÇALVES, Z. C. O Novo Mundo do Passa Cartões e Aperta Botões. In: NEGREIROS, T. C. G. M. (org). **A nova velhice**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. São Paulo: Maio, 2002.

HEINRICH, W. L. **Principles and practice of dialysis**. 2. ed. Baltimore: Willians & Wilkins, 1999.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HUFF, D. D. **A face oculta do cuidar**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. População Residente, Total e por Sexo, Segundo os Grupos de Idade - 2003. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>> Acesso em: 10 jul. 2004

KAWAMOTO, E. E., SANTOS, M. C. M., MATTOS T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E.P.U., 1995.

KLEINMAN, A. **The illness narrative**: suffering, healing, and the human condition. California, Berkley: Basic Books, 1988.

KUSUMOTA, L. *et al.* Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 12, n.º 3, p. 525-532, 2004.

LANGDON, E. J. M. Representações da doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R.; COIMBRA JR., C. E. A (org.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.115-141.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.



LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEININGER, M. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare. New Jersey: Charles Slack, 1984.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universidade. In: **Anais do Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

\_\_\_\_\_. Overview of Leininger's culture care theory. In: LEININGER, M. **Transcultural Nursing**: concepts, theories, research and practices. New York: McGraw-Hill, 1995.

\_\_\_\_\_. **Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care**. Disponível em <<http://www.madeleine-leininger.com/>> Acesso em: 26 jun. 2005.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural nas situações cirúrgicas**. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. Florianópolis, 2001, 158 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

LENARDT, M. H.; TUOTO, F. S. **O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar**: etapa domiciliar. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003. Relatório final do projeto de Iniciação Científica.

LESSA, I. (org). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MARCONI, M. A.; PRESSOTO, Z. M. N. **Antropologia**: uma introdução. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MARRINER, A. **Modelos y teorías de Enfermería**. Barcelona: ROL S.A., 1989.

MARTINS, C. T. B.; CHOCAIR, P. R. Principais doenças renais. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 169 a 179.

MARTINS, C. Protocolo de cuidados nutricionais. In: RIELLA, M.C.; MARTINS, C. **Nutrição e o rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 114-31.

MENEZES, P. R.; GARRIDO, R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 3-6, abr., 2002.

MESSY, J. **A Pessoa idosa não existe**: uma Abordagem Psicanalítica da Velhice, São Paulo: Aleph, 1993.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.

MORRIS, J. M. Computer Training Needs of Older Adults. **Rev. Educational Gerontology**. v. 20, n. 6, p. 541-555, 1994.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative Research Methods for Health Professionals**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.

NERI, A. L. . Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. **Gerontologia**. Uberaba, v. 9, n. 1, p. 6-13, 2001.

OLIVEIRA, C. M. C. Como diz Gilberto Gil: “A fé não costuma falhar”. In NEGREIROS, T. C. G. M. (org). **A nova velhice: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

OLIVEIRA, D. R. **O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal**. Curitiba, 2002. Monografia. (Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná.

PADILHA M.I.S *et al.* Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. **Rev Enfermagem UERJ** , Rio de Janeiro, v. 2, nº 1, p. 83-90, 1994.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASQUAL, D.C.D. **O cuidado nas unidades de hemodiálise segundo a percepção dos enfermeiros**. Curitiba, 2004.106 p. Dissertação (mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

PESSINI, L. Dignidade no outono da vida. **Rev. O mundo da Saúde**. São Paulo: EDUNISC, v. 23, n. 4, p. 195-6, jul./ago., 1999.

RAMOS, L. R., *et al.* Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, Michigan, v.8, p.313-323, 1993.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, vol.19, n.3, p.793-797, 2003.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROSE, G. **Visual methodologies**. Londres: Sage, 2001.

SANTOS, J. L. **O que é cultura**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem Gerontogeriatrica**: reflexão à ação cuidativa. 2. ed. São Paulo: Robe, 2001.

SARTI, C. A. **Família e individualidade**: um problema moderno. Texto preparado para mesa redonda “*Perspectivas de análise teórica da família*”, no Seminário A família contemporânea em debate. Instituto de Estudos Especiais da PUC de São Paulo. São Paulo, outubro de 1993 (mimeo).

SERRES, M. **A comunicação contra a cultura**: entre a Disneylândia e os ayatolás. Alceu, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.5-10, 2004.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe, 1997.

SILVA, M. G. V. **A construção da experiência de estar em condição crônica de saúde**. Florianópolis, 1997. Projeto (Doutorado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2003/2004 SBN**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/index.html>>. Acesso em: 10 nov. 2004.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez., 1992.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Convergente Assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M. *et al.* Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 32-39, jan./fev., 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

ULLMAN, R. A. **Antropologia:** o homem e a cultura. Petrópolis: Vozes, 1991.

VASQUEZ, M. L. **Significado da regulação da fecundidade dos (as) adolescentes numa comunidade urbana marginal.** Florianópolis, 1999, 198 f. Tese (doutorado). Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia:** um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WALDOW, V. R. O papel da enfermagem na velhice em face das modificações fisiológicas e fisiopatológicas. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 127-131, out./dez., 1984.

ZATZ, R.. **Fisiopatologia Renal**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

### 1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

- a) Iniciais do nome
- b) Endereço
- c) Telefone
- d) Data de nascimento / idade
- e) Estado Civil
- f) Religião
- g) Escolaridade
- h) Profissão
- i) Ocupação atual
- j) Renda

### 2. INFORMAÇÕES REFERENTES AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

- a) Data de início do tratamento hemodialítico/tempo
- b) Diagnóstico
- c) Comorbidades
- d) Via de acesso para hemodiálise
- e) Prescrição de hemodiálise
- f) Principais intercorrências com o paciente
- g) Ganho de peso interdialítico
- h) Alterações hematológicas
- i) Alterações bioquímicas
- j) Glicemia
- k) Medicação em uso
- l) Inscrição para o transplante renal
- m) Principais intercorrências durante a sessão de hemodiálise
- n) Hábitos durante a sessão de hemodiálise

## APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS CONCEITOS E FATORES DE VISÃO DE MUNDO

### 1. ANÁLISE DOS FATORES DE VISÃO DE MUNDO:

- a) Fatores Tecnológicos  
*“Como os fatores tecnológicos influenciam a sua vida e o seu tratamento hemodialítico?”*
- b) Fatores religiosos e filosóficos  
*“Você acredita em Deus ?”*  
*“Como a existência de Deus influencia a sua vida e o seu tratamento hemodialítico?”*
- c) Fatores sociais e de parentesco  
*“Como as relações familiares e sociais influenciam a sua vida e o tratamento hemodialítico?”*
- d) Fatores políticos  
*“Como os fatores políticos influenciam a sua vida e o tratamento hemodialítico?”*
- e) Fatores econômicos  
*“Como os fatores econômicos influenciam a sua vida e o seu tratamento”*
- f) Fatores educacionais  
*“Como os fatores educacionais influenciaram a sua vida e o tratamento hemodialítico?”*

### 2. ANÁLISE DOS CONCEITOS:

- a) O que é ser idoso para você?
- b) Como a doença renal crônica influenciou a sua vida
- c) Quando você se sente saudável?
- d) Como você se sente na sala hemodiálise”
- e) O que é a enfermagem para você?
- f) O que é cultura para você



## APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DOS HÁBITOS E MODO DE VIDA

### 1. “O QUE MUDOU COM A HEMODIÁLISE?”

- a) “Fale-me sobre a prática de exercícios físicos”
- b) “Fale-me sobre a alimentação”
- c) “Fale-me sobre a ingestão de líquidos”
- d) “Fale-me sobre os hábitos de higiene”

### 2. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO DOMICÍLIO

- a) Distância em relação a clínica de hemodiálise
- b) Infra-estrutura do bairro
- c) Confirmação dos dados pessoais e meio de locomoção
- d) Descrição do domicílio
- e) Hábitos de higiene
- f) Hábitos alimentares
- g) Ingesta hídrica
- h) Observação geral da visita domiciliar

## **ANEXOS**

## ANEXO 1- CARTA DE APROVAÇÃO

## ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilma Srº

\_\_\_\_\_  
Diretor Administrativo da Clínica \_\_\_\_\_

Curitiba – PR

Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar uma pesquisa com os pacientes idosos internados na unidade de nefrologia dessa instituição. O objetivo da pesquisa vivenciar a trajetória do cuidado cultural “com” o paciente idoso renal crônico em tratamento hemodialítico, e para tanto será necessário acompanhar os pacientes que realizam tratamento hemodialítico nesta instituição.

Tal pesquisa atende aos objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, do qual sou aluna.

Certa da sua compreensão em relação à importância da referida pesquisa para melhor subsidiar a prática de enfermagem, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Ana Paula Modesto

Coren – PR 87702

## ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu,....., declaro que estou me dispondo a participar do estudo “O Cuidado Cultural do Paciente Idoso em Tratamento Hemodialítico”, de autoria da Enf. Ana Paula Modesto, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Sei que minha participação, juntamente com outras, comporão o quadro de análise deste estudo, cujo objetivo é vivenciar a trajetória do cuidado cultural “com” o paciente idoso renal crônico em tratamento hemodialítico.

Sei também que minha participação é voluntária, que meu nome será mantido em sigilo pelo pesquisador e que os fatos que eu pedir que permaneçam confidenciais não serão gravados, transcritos ou revelados, e que poderei desistir em qualquer momento da participação no estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Ana Paula Modesto

## ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIAR

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIAR

Eu, ....., declaro que fui convidado (a) e estou me dispondo a participar do estudo “O Cuidado Cultural do Paciente Idoso em Tratamento Hemodialítico”, de autoria da Enf. Ana Paula Modesto, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, na qualidade de familiar do paciente.

Sei que minha participação, juntamente com outras, comporão o quadro de análise deste estudo, cujo objetivo é vivenciar a trajetória do cuidado cultural “com” o paciente idoso renal crônico em tratamento hemodialítico.

Sei também que minha participação é voluntária, que meu nome será mantido em sigilo pelo pesquisador e que os fatos que eu pedir que permaneçam confidenciais não serão gravados, transcritos ou revelados, e que poderei desistir em qualquer momento da participação no estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Entrevistado

---

Ana Paula Modesto